N° 48

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES ÉPIDIDYMITES

LIÉES A UNE INFLAMMATION LATENTE

DE L'URÈTHRE POSTÉRIEUR

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 26 JUILLET 1886

PAR

Prosper BARRIÈRE

Né à Limoux (Aude)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

20, Rue Durand et Rue Levat, 2

—

1886

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	DUPRÉ (✻ C. ✠).
Anatomie	BENOIT (O. ✻ ✠).
Clinique médicale	COMBAL (✻ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✻).
Physique médicale	MOITESSIER (✻).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Opérations et appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe Chargé de cours,	CHALOT.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Professeur honoraire : MARTINS (O. ✻),

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✻).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MESSIEURS	MESSIEURS
GARIMOND.	BIMAR.
JACQUEMET.	MOSSE (✻).
GAYRAUD.	REGIMBEAU (✻).
DE GIRARD.	BLAISE
SERRE.	BAUMEL.
CARRIEU.	VILLE
MAIRET.	GRANEL.
CHALOT.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, *Président ;*
GRYNFELTT, *Professeur*
GARIMOND, GAYRAUD } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

P. BARRIÈRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur TÉDENAT

A M. le Médecin principal KIENER

MÉDECIN-CHEF DES SALLES MILITAIRES DE L'HOPITAL SAINT-ÉLOI
PROFESSEUR-AGRÉGÉ AU VAL-DE-GRACE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, OFFICIER D'ACADÉMIE

P. BARRIÈRE.

A M. le docteur Calixte ROUGÉ

MÉDECIN-CHEF DE L'ASILE DES ALIÉNÉS SAINT-JOSEPH-DE-CLUNY
LIMOUX (AUDE)

A TOUS MES AMIS

P. BARRIÈRE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0116

INTRODUCTION

Une introduction est toujours chose difficile à faire ; on s'y heurte à deux difficultés que l'on surmonte rarement : la banalité et plus souvent encore l'inutilité. Pénétré de cette idée,et avouant humblement notre inexpérience, nous n'eussions pas écrit ces quelques lignes si nous n'avions pas eu un devoir à remplir, celui de remercier avant tout notre maître M. le professeur Tédenat, à qui nous devons le sujet de notre travail, et dont les conseils éclairés nous ont guidé dans le développement de notre Thèse. Qu'il nous permette en même temps, dans un ordre d'idées moins médical et plus intime, de lui dire simplement et sans phrases notre reconnaissance pour la sollicitude qu'il nous a témoignée durant notre trop court passage à Montpellier.

Ce devoir accompli, notre introduction ne sera pas longue (peut-être n'en sera-t-elle que plus acceptable) et nous nous bornerons à dire deux mots du sujet choisi et de la division que nous avons cru devoir adopter.

Il est une chose certaine,c'est que l'uréthrite postérieure, l'épididymite et l'hydrocèle sont trois questions qui, prises isolément, ont été sérieusement étudiées, et par des esprits plus autorisés ; mais ce qu'on a moins approfondi et qui rendra peut-être notre travail plus intéressant, c'est cette relation à peu près constante d'abord de l'uréthrite profonde avec l'épididymite, ensuite de l'épididymite avec l'hydrocèle. C'est, en somme, la seule question que nous ayons tâché d'approfondir dans notre Thèse, laissant de côté beaucoup d'autres considérations qui seraient venues compliquer notre travail, et, en nous entraînant trop loin, lui auraient fait perdre les deux seules qualités auxquelles puisse viser un début : la simplicité et la clarté.

Nous aborderons donc sans plus tarder la division de notre sujet ; mais nous nous permettrons auparavant de demander de l'indulgence à nos Juges. « Qui fait ce qu'il peut fait ce qu'il doit », dit un proverbe. Malheureusement on ne peut pas toujours faire aussi bien qu'on le désirerait, et c'est pour cela que nous comptons sur la bienveillance de nos Maîtres, notre bonne volonté étant notre excuse.

Dans un premier chapitre, nous parlons de l'urèthre postérieur au point de vue anatomique, physiologique et clinique. Dans un second, nous envisageons l'anatomie de l'épididyme et ses rapports avec le testicule et la vaginale.

Dans les chapitres suivants nous traitons des épididymites et des uréthrites postérieures, que nous essayons de relier entre elles.

Notre chapitre V traite de l'hydrocèle. Nous y passons en revue les diverses opinions émises sur cet épanchement dans la tunique vaginale ; nous essayons d'en démontrer l'origine purement inflammatoire et nous faisons rentrer dans les hydropisies d'origine active celle à qui pendant longtemps on avait attribué un rôle passif.

Après avoir parlé de l'hydrocèle comme complication de l'épididyme enflammé, nous nous occupons d'une des conséquences graves des épididymites doubles ; et, sans vouloir faire de ce sujet un chapitre spécial, nous nous arrêtons aux considérations de Gosselin, pour envisager l'influence fâcheuse qu'imprime l'épididymite bilatérale à la production des spermatozoïdes.

Cela dit, nos observations viennent d'elles-mêmes confirmer les idées que nous avons avancées, et nous terminons notre travail en discutant le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces lésions multiples.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES ÉPIDIDYMITES

LIÉES A UNE INFLAMMATION LATENTE

DE L'URÈTHRE POSTÉRIEUR

CHAPITRE PREMIER

URÈTHRE POSTÉRIEUR AU POINT DE VUE ANATOMIQUE, PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE

De tout temps, le chirurgien a compris la nécessité de connaître parfaitement ce canal à courbe antéro-supérieure qui, servant physiologiquement au passage de l'urine, est le chemin plus ou moins difficile qu'il parcourt avec sa sonde pour arriver jusque dans la vessie.

Dans les études approfondies sur l'urèthre, plusieurs divisions ont été faites sur ce canal musculo-membraneux, qui s'étend de la partie antéro-inférieure de la vessie, traverse une glande, la prostate, se loge dans une gaîne vraiment musculo-membra-

neuse, et de là, enveloppé par les corps érectiles, va se terminer au gland.

Aussi, de tout temps, l'a t-on divisé en région prostatique, membraneuse et spongieuse. Velpeau considérait encore, dans la partie antérieure, la portion spongieuse et la portion bulbeuse. Richet donnait deux grandes divisions : la région périnéale et la région pénienne; la première fixe, la seconde mobile, et enfin Guyon, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, divise l'urèthre en urèthre antérieur ou pré-pubien, et urèthre postérieur ou rétro-pubien.

L'urèthre antérieur comprenant les portions naviculaire, pénienne, scrotale, périnéo-bulbeuse, l'urèthre postérieur comprenant les parties membraneuse et prostatique, sur quoi repose cette division si tranchée ? Il nous le dit dans la suite de ses cliniques, et nous voyons ses raisons très bien exposées dans une thèse de Lyon, de M. Bastard, concluant, lui aussi, à la dualité anatomique, physiologique et clinique de l'urèthre.

Sans vouloir m'attarder sur des considérations anatomiques de l'urèthre antérieur, me réservant de traiter aussi brièvement que possible l'anatomie et la physiologie de l'urèthre postérieur, qu'il me soit permis de m'arrêter un instant sur ce point, cette limite qui sépare l'urèthre antérieur de l'urèthre postérieur.

« Pour bien comprendre la circulation des liquides pathologiques, dit Guyon, aussi bien que celle des liquides les plus physiologiques, la séparation contractile de ces deux urèthres doit avant tout n'être pas perdue de vue. » Il y a donc un véritable sphincter, et l'urèthre n'est plus un simple canal par où s'échappe l'urine, le sperme et les produits pathologiques, et son rôle devient actif dans deux grandes fonctions : je veux parler de la miction et de l'éjaculation.

Ainsi, l'anatomie nous apprend qu'il n'y a pas, à proprement parler, de couche musculaire véritable dans la partie spongieuse; c'est à peine si, de loin en loin, on aperçoit quelques fibres lisses

longitudinales ; il n'en existe même pas au méat. Mais il n'en est plus de même si nous nous approchons de la portion membraneuse : l'urèthre, assez dilatable dans la première partie du canal, offre ici une certaine résistance à la boule exploratrice qui veut entrer, c'est que nous trouvons dans cette région membraneuse l'élément musculaire; une plus grande quantité de fibres entourent le canal, et ces fibres longitudinales membraneuses, offrant une couche de 5-8 dixièmes de millimètre, sont recouvertes par des fibres circulaires qui, s'entrecroisant avec les premières, forment un véritable anneau musculaire dont l'épaisseur va jusqu'à 2 centimètres, anneau qui, d'après Robin et Cadiat, diminuerait d'épaisseur à mesure qu'il s'approche du bulbe pour bientôt ne plus exister.

Divers appareils à fibres striées viennent s'ajouter à ce plan musculaire ; je ne parlerai pas du sphincter prostatique de Sappey qui, situé sur la partie antérieure du canal, ne peut véritablement remplir le rôle de sphincter ; il servirait pendant l'éjaculation à empêcher le sperme d'être refoulé dans la vessie. Mais je mentionnerai en avant le muscle de Guthrie, et de Wilson en arrière. Le premier, qui sert à maintenir les portions membraneuses et le bulbe, à expulser le produit des glandes de Cooper qu'il renferme entre ses fibres ; le second, avons-nous dit, s'étend en arrière, embrasse dans sa concavité la moitié postérieure de la région membraneuse qu'il enserre dans ses fibres, d'où le nom de constricteur de l'urèthre. Je citerai simplement les fibres élastiques, les filets nerveux, les artérioles et les veines nombreuses qui, intra en même temps que sous-musculaires, forment un plexus relié au plexus qui entoure le col de la vessie ; finalement, l'existence des fibres lisses liées aux fibres striées nous montre la réalité d'un anneau musculaire contractile, anneau inter-uréthral. Voilà ce que nous démontre l'anatomie.

Si nous nous tournons du côté de la clinique, si nous inter-

roge ons la physiologie, nous apprenons d'une part que, si nous introduisons chez un homme sain une boule de Guyon, un 16 par exemple, nous sentirons l'explorateur pénétrer librement dans la première partie du canal, mais, à un moment, être arrêté devant un obstacle ; si nous insistons, la boule progressera, il est vrai ; si nous voulons la retirer, nous éprouverons une certaine résistance ; enfin, en continuant notre première manœuvre, notre boule sera dégagée, l'obstacle sera franchi.

Parlerons-nous de l'hémorrhagie et de l'uréthrorrhagie ? Le sang dans celle-là, provenant de l'urèthre antérieur, s'écoule librement par le méat; dans celle-ci le sang, trouvant un obstacle devant lui, s'écoule dans la vessie, qui lui est relativement ouverte, pour être expulsé au dehors au moment de la miction. Des injections ont été faites qui prouvent physiologiquement l'existence de ce sphincter inter-uréthral, sphincter dont l'existence nous intéresse au plus haut degré; car, une fois franchi par un écoulement pathologique, le pus, l'urèthre postérieur est intéressé, et ces lésions ont un retentissement assez grave sur l'épididyme.

CHAPITRE II

ÉPIDIDYME

Peut-être serait-il préférable de parler en peu de mots du testicule et de ses enveloppes, puisque leurs lésions sont des complications fréquentes de l'épididymite. Mais, pour ne pas fatiguer nos lecteurs forcés, nous aborderons immédiatement l'épididyme sous ses différents points de vue.

Né dans les testicules, le sperme se rend dans les canaux déférents, mais il rencontre sur son passage un organe intermédiaire, l'épididyme, qui est, à proprement parler, la première voie par où s'écoule le liquide spermatique. Grossièrement, l'épididyme représente un cordon plus ou moins gros, suivant l'état physiologique ou pathologique dont est affecté l'organe, qui, partant d'une part de l'extrémité postéro-supérieure du testicule (tête de l'épididyme globulus major) vient, d'une autre part, aboutir à l'autre extrémité de cette glande, faire sa jonction avec le canal déférent qui se perd vers l'abdomen. L'anatomie nous apprendra encore que cette anse, tendue d'un pôle du testicule à l'autre, est formée par l'agglomération de canalicules, de tubes sinueux qui, réunis, constituent des lobes et des lobules. Ces canalicules présentent un certain développement, et, quoique les auteurs ne soient pas d'ac-

cord sur la longueur qu'il faut leur attribuer, on peut avancer, sans crainte de se tromper, qu'elle n'est pas supérieure à 7 mètres. L'épididyme n'est donc qu'un canal à sinuosités très grandes, flexuosités presque infinies, que Lauth a divisé en plusieurs catégories. Cet auteur s'était occupé de la mensuration des canalicules, et ses recherches l'avaient porté à leur assigner 19 pieds 4 pouces qui, traduits en notre système décimal, donnent 6 m. 30. Monro avait trouvé une longueur plus grande : 30 pieds 11 pouces anglais ; enfin Sappey, après des mensurations multiples, se rapprochant des idées de Lauth, donne une moyenne de 5 m. 97. Dans la composition de ces canalicules rentrent l'élément fibreux et l'élément musculaire lisse entouré de tissu cellulaire plus dense que dans le testicule lui-même, et enfin, suivant Sappey, l'épithélium serait en tout semblable à celui des tubes séminifères.

Il reste à dire un mot des artères, des veines et des nerfs. La spermatique fournit deux rameaux : l'artère testiculaire, l'artère épididymaire, qui vient se perdre au niveau de la queue de l'épididyme, s'anastomosant parfois avec la déférentielle, dont l'origine, variable, se trouve parfois à la vésicale inférieure, à l'hémorrhoïdale moyenne, à l'hypogastrique. Les veines forment un petit plexus né de la queue de l'épididyme et remontant derrière le cordon. Les lymphatiques, très nombreux dans cette région, entourent le plexus veineux, et réunis à ceux du testicule, aboutissent aux ganglions lombaires. Les nerfs propres à cette région viennent du plexus du canal déférent pour se terminer dans l'épididyme.

Pour être complet, il serait nécessaire de donner les rapports exacts de l'épididyme avec le testicule et avec la séreuse. Nous avons parlé de la tête de l'épididyme, ajoutons qu'elle est unie au sommet du testicule par un tissu cellulaire lâche et par les tubes séminifères. La queue est unie à l'autre extrémité par un tissu cellulaire dense, au contraire, en même temps qu'elle se continue par le canal déférent. La partie intermédiaire entre la tête et

la queue forme le corps libre de toute attache et empiétant sur sa face externe. Et pour terminer la partie anatomique, je citerai les rapports de l'épididyme avec la tunique vaginale, pour laquelle dans l'état pathologique il devient une cause d'irritation entraînant l'épaisissement de cette séreuse suivi souvent d'un épanchement plus ou moins considérable. En effet, la tunique vaginale recouvre la face supérieure de l'épididyme dans ses deux tiers antérieurs, tandis que sa partie inférieure a un contact avec cette même séreuse moins prononcé. Inutile de parler de la physiologie de l'épididyme, dont le rôle consiste à livrer passage au liquide spermatique venu du testicule pour se rendre au canal déférent.

CHAPITRE III

ÉPIDIDYMITE

A la page 69 de sa Thèse, le docteur Bastard s'exprime ainsi : « C'est une complication fréquente, pouvant se répéter plusieurs fois dans le cours de la même affection ; aiguë, quand l'inflammation chronique du canal s'exacerbe, pouvant persister dans sa chronicité tant que persiste la lésion de l'arrière-canal. »

Ces quelques lignes forment le fond de notre Thèse, et, après avoir mentionné sans retard les causes de l'épididymite autres que celles contenues en substance dans ces lignes de Bastard, j'aborderai l'étude de l'épididymite.

Je ne discuterai pas les différents termes qui ont été attribués à cette complication testiculaire, qu'on dénomme tour à tour : orchite,—nom qui devrait être réservé seulement à l'inflammation du testicule lui-même, chose rare, — épididymite ou enfin orchi-épididymite, désignant ainsi l'inflammation commune du testicule et de l'épididyme. — Pour rentrer dans notre sujet, disons que l'épididymite reconnaît plusieurs causes. C'est sans contredit la complication la plus fréquente de la blennorrhagie, dit Fournier. — Il serait difficile de donner un chiffre précis ; mais, d'après le même auteur, l'épididymite se rencontrerait une fois sur huit ou

neuf blennorrhagies, et elle suffirait à elle seule à produire cette inflammation du testicule en dehors de toutes maladies, de toutes causes extérieures, de toutes causes déterminantes. D'après Duplay, on pourrait ranger sous trois chefs les causes de l'orchite aiguë : 1° les traumatismes ; 2° les maladies générales ; 3° les inflammations uréthrales. Les traumatismes sont directs ou indirects. Ces derniers étant les plus rares, certains malades (Observation IX) mettent sur le compte d'un effort violent, d'une contraction musculaire, une épididymite dont ils sont porteurs ; cette opinion a été mise en doute par certains auteurs. Diday a combattu cette hypothèse ; et souvent — et c'est le cas de notre malade, — cette épididymite est liée à une lésion cachée de l'urèthre postérieur, et l'effort n'a été bien souvent que la cause occasionnelle. Dans ces causes nous grouperons : la masturbation, le coït, le cathétérisme, les injections irritantes, les excès alcooliques, etc. Nous voyons l'uréthrite venir compliquer les maladies graves, soit pendant le cours, soit au déclin ; nous la rencontrons dans la fièvre typhoïde, la variole, le rhumatisme, et enfin, d'après la Thèse du Dr Drago (Paris, 1880), il existerait une autre variété endémique des pays chauds qui reconnaîtrait pour cause la congestion des testicules due au ralentissement de la circulation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les épididymites étant suivies très rarement, pour ne pas dire jamais, de mort, il a été difficile d'étudier les lésions dont était affecté le testicule ; cependant on a eu l'occasion de faire l'autopsie d'individus morts de maladies diverses, mais qui étaient porteurs d'une épididymite. Et c'est grâce aux travaux de Reclus, de Monod, de Terrillon, que le jour s'est fait sur cette question.

Ce qui nous frappe d'abord, et ce que le palper nous apprend, c'est un développement parfois considérable de l'épididyme ; son volume est doublé, triplé même, et recouvre le testicule à la manière d'un casque, suivant l'expression généralement employée ; c'est surtout à sa partie inférieure que l'augmentation de volume est plus appréciable, et il existe en ce point une induration, grosse comme une noisette, occupant les parois et la lumière du canal,qu'elle peut oblitérer ; il s'y trouve de la rougeur apparente due à l'injection des capillaires, enfin des dépôts plastiques situés, soit dans la cavité des canalicules, soit dans le tissu cellulaire qui les entoure, dépôts établissant des adhérences anormales entre les canalicules épididymaires, adhérences qui, suivant Marcé, peuvent être poussées jusques à rendre impossible la dissociation des circonvolutions de l'organe. Le tissu cellulaire, étant lui aussi infiltré, donne un nouvel apport à cette masse ; sa coupe nous montre une coloration jaune, et le microscope même fait découvrir des produits inflammatoires, des granulations graisseuses, des leucocytes, des globules de pus. (Robin.)

ÉPIDIDYMITE CHRONIQUE

Ou elle peut être chronique d'emblée, ou bien elle succède à l'état aigu. Les causes sont les mêmes ; nous n'y reviendrons pas. Traumatismes directs ou indirects, inflammation de l'urèthre postérieur, maladies graves et infectieuses.

Nous n'avons pas à considérer, en anatomie pathologique, la distinction que nous avons précédemment établie en épididymite chronique d'emblée ou consécutive à un état aigu, les lésions étant les mêmes ; ce point nous arrêtera lorsque nous traiterons de la symptomatologie. Et encore la différence des lésions à l'état chronique

n'est pas loin de ressembler aux lésions de l'état aigu. Nous voyons en effet, de part et d'autre, une augmentation de volume; dans la première et la seconde, même induration. « Après la résolution des phénomènes inflammatoires et la guérison apparente de la maladie, l'épididyme présente des indurations persistantes constituées par des dépôts plastiques non encore résorbés. » (Fournier. Ces indurations se reconnaissent longtemps après le début de la maladie; on en a même trouvé après un laps de temps supérieur à vingt ans. Elles occupent la queue de l'épididyme de préférence, bien qu'on puisse les trouver à la tête, et font saillie dans le canal même de l'organe, qu'elles peuvent oblitérer; et une des conséquences de cet obstacle apporté à l'émission du sperme, c'est la dilatation en dessus du canal, avec épaississement de ses parois, tout en conservant cependant sa régularité. Il peut même y avoir inflammation du tissu ambiant, du tissu conjonctif et ainsi complication de péri-épididymite. Brissaud nous démontre que le testicule n'est nullement atteint; la phlegmasie reste localisée à l'épididyme, le testicule gardant sa forme naturelle.

Ayant dit précédemment que les autopsies des sujets morts pendant le cours d'une épididymite blennorrhagique aiguë sont rares, et trouvant dans les Comptes-rendus des séances de la Société de biologie, 1856, deux observations de Godard relatives à l'anatomie pathologique de ces organes affectés, nous avons cru qu'elles trouveraient leur place dans ce cadre, et nous nous sommes permis de les citer tout au long.

M. Godard, dans son étude, a mis en parallèle les deux organes du même individu, l'un sain et l'autre malade.

Observation Première

Vitreux, 23 ans, sculpteur. Epididymite du côté gauche. Mort de péritonite.

Autopsie. — Epididymite du côté affecté tuméfiée ; rien du côté droit ; prostate saine.

Vésicules séminales. — Côté droit : longueur, 51 mill., largeur, 11 mill. — Côté gauche : longueur, 31 mill., largeur, 11 mill.

Examen microscopique du testicule. — Côté droit : pas de spermatozoïdes. — Côté gauche : 1° pas de spermatozoïdes, 2° globules de sang.

Partie moyenne du canal déférent. — Côté droit : 1° spermatozoïdes sans mouvement, 2° tête et queue libres, 3° épithélium cylindrique. — Côté gauche : 1° pas de spermatozoïdes, 2° granulations à bords foncés.

Vésicules séminales. — Côté droit : spermatozoïdes morts en quantité, tête, queue libres, épithélium cylindrique. — Côté gauche : épithélium cylindrique.

Observation II

Leroch, coiffeur, 31 ans. Epididymite. Mort de péritonite.

Autopsie. — Epididyme droit enflammé et augmenté de volume, rien du côté gauche. Le canal de l'urèthre renferme du pus ; prostate saine.

Vésicules séminales. — Côté droit : longueur, 37 mill., largeur, 9 mill. — Côté gauche : longueur, 48 mill., largeur, 14 millim.

Examen microscopique. Testicules. — Côté droit : 1° spermatozoïdes rares, morts, tête, queue libres ; 2° quantité considérable de globules sanguins. — Côté gauche : spermatozoïdes nombreux, tête, queue libres ; 2° globules rares

Tête de l'épididyme. — Coté droit : 1° épithélium cylindrique, 2° globules sanguins, 3° pas de spermatozoïdes. — Côté gauche : 1° peu de spermatozoïdes, 2° épithélium cylindrique.

Canal déférent à 0,10 de la terminaison. — Côté droit : pas d'animalcules, épithélium cylindrique. — Côté gauche : 1° spermatozoïdes nombreux et libres, tête et queue libres, 2° épithélium cylindrique.

Vésicules séminales.—Côté droit : pas de spermatozoïdes, épithélium.—Côté gauche : 1° spermatozoïdes nombreux ou normaux ou déformés, 2° épithélium et globules sanguins.

Conclusion. — 1° Le testicule qui correspond à l'épididyme enflammé, bien qu'il renferme un plus grand nombre de globules sanguins que celui du côté opposé, peut cependant continuer à sécréter des spermatozoïdes. (Obs. II.)

2° Du côté affecté, les voies spermatiques sont oblitérées ; ainsi, dans les deux cas, il n'y a pas de spermatozoïdes ni dans le canal déférent ni dans la vésicule séminale, tandis qu'on en trouve dans le côté sain.

3° Enfin la vésicule séminale du côté correspondant à l'épididyme affecté, quoique saine, avait perdu de son volume. Dans les deux cas elle ne renfermait pas de spermatozoïdes ; d'où on est porté à croire que d'abord le liquide spermatique n'est pas sécrété et qu'une de ses conséquences est l'atrophie de la vésicule séminale. Et si nous nous en rapportons à un Mémoire couronné par l'Académie de sciences en 1850, et à un autre publié en 1855, Gosselin nous fait remarquer la stérilité due à l'épididymite double, reconnaissant pour cause la suppression du passage du sperme dans la queue de l'épididyme, oblitérée à la suite du travail inflammatoire.

SYMPTOMES

Avant de parler des symptômes caractéristiques de l'inflammation de l'épididyme, il serait à propos de parler un peu du côté qu'occupe l'épididymite. Et sans vouloir entrer dans la discussion longue qui a été faite, à savoir quel est celui des deux épididymes

atteints le plus ordinairement, si c'est le droit, si c'est le gauche, nous citerons deux statistiques, l'une de Rollet, l'autre de Reclus :

1°	A gauche	282 cas.
2°	A droite	303 —
3°	Double	3 (Rollet).
1°	A gauche	126 cas.
2°	A droite	102 —
3°	Double	35 (Reclus).

Pour les uns, ce serait le gauche qui serait le siège habituel de l'affection, pour les autres le droit serait le plus fréquemment atteint, et d'après les statistiques citées ci-dessus, la fréquence serait la même des deux côtés. Les deux statistiques s'accordent sur la fréquence des épididymites doubles ; il n'est pas à dire pour cela que les deux épididymes soient atteints en même temps, mais l'un est envahi d'abord par l'inflammation, qui peu de jours après se communique à l'autre.

Nous distinguons deux grands symptômes étudiés par tous les auteurs :

1° La douleur ; 2° le gonflement des parties. Mais ces deux symptômes, quoique localisés, ont cependant un certain retentissement sur l'économie, retentissement que nous aurons à étudier sous forme de phénomènes généraux.

ÉPIDIDYMITE AIGUE

Douleur. — La douleur éprouvée par les malades n'a pas toujours un caractère identique, et ne se présente pas sous la même forme et au même siége : tantôt sourde, tantôt plus aiguë, occasionnant dans le premier cas une simple gêne et dans le second

une vraie douleur, elle se présente sous forme de lourdeur dans les bourses, de tiraillement dans le cordon, tiraillement qui se propage parfois jusques aux lombes, affectant au début un siége plus ou moins diffus, qu'il est difficile au patient de préciser; peu à peu la douleur se fixe, se localise, augmente d'intensité, et partant de l'épididyme s'irradie dans les régions voisines, aux cuisses, aux lombes, dans l'aine. Le malade ne peut faire aucun mouvement qui ne lui soit pénible, et la pression la plus faible, les attouchements les plus légers, lui font pousser des cris.

Ces douleurs n'ont pas toujours le même caractère d'acuité, et ne présentent pas toujours cette intensité si pénible aux malades; elles sont, en effet, en raison directe du gonflement dont nous aurons à nous occuper. Elles augmentent vers le quatrième ou cinquième jour de la maladie pour décroître et cesser même avant la disparition complète du gonflement. Au bout d'un certain temps elles ont à peu près disparu, bien que l'épididyme présente encore un certain engorgement.

Gonflement des parties. — C'est le symptôme qui frappe d'abord le chirurgien, symptôme constant, mais cependant variable comme siége et comme intensité. Les bourses se présentent à nous comme une tumeur volumineuse pouvant atteindre deux, trois et même quatre fois leur volume. La tumeur n'est pas régulière, présentant un développement plus considérable du côté affecté. Les bourses ont une couleur rose ou rosée et sont œdématiées. Le palper nous fournit de précieux renseignements, renseignements qui varient avec chaque tumeur, aucune ne se ressemblant entre elles. « Tellement il est rare de rencontrer deux orchites se ressemblant exactement. » (Cullerier).

Le gonflement dans un cas peut être considérable, à cause de l'épanchement, plus ou moins abondant, dont la vaginale peut être le siège, ce qui donne alors à la tumeur une certaine

fermeté, une certaine rénitence qui empêche de distinguer le testicule de l'épididyme ; il est alors impossible d'obtenir la fluctuation. D'autres fois, au contraire, grâce au peu de sérosité contenue dans la vaginale, l'exploration des divers organes nous devient facile, et nous distinguons le testicule de l'épididyme, du canal déférent, et ainsi nous nous rendons compte des lésions de l'épididyme. Nous reconnaissons au testicule son intégrité. D'autres fois, le cordon partage l'inflammation de l'épididyme ; la vaginale vient encore prendre sa part de ce processus commun : autant d'états inflammatoires qui, reconnaissant tous la même cause, varient cependant. Mais ce qui nous intéresse le plus dans tout ceci, c'est le gonflement de l'épididyme, gonflement qui, prenant son point de départ dans la queue, progresse dans le corps et aboutit à la tête de l'organe. L'inflammation concentrée tout entière dans l'épididyme respecte le testicule que nous reconnaissons sain au palper : il a, en effet, conservé son volume, sa souplesse et cette sensibilité qui lui est spéciale ; sa position n'a pas changé et nous sentons, en effet, derrière lui l'épididyme tuméfié, induré, le recouvrant à la façon d'un casque. Le gonflement peut cependant se localiser dans une seule partie de l'organe et ne pas parcourir le chemin que nous lui avons déjà tracé ; la queue seule de l'épididyme prend alors part à l'inflammation, ou bien, la phlegmasie se généralisant, le canal déférent est atteint (orchite déférentielle) et offre au toucher la sensation d'un corps dur cylindrique, assez régulier, du volume du petit doigt qui, partant en bas du testicule, se continue en haut, dans l'aine, dans le canal inguinal.

ÉPIDIDYMITE CHRONIQUE

Nous ferons encore la distinction qui a été établie précédemment, en épididymite chronique d'emblée ou s'établissant à la suite d'un état aigu.

On a rarement l'occasion d'observer une épididymite chronique d'emblée, car le malade porteur de cette affection n'en a pas conscience. Il peut y avoir parfois un peu de douleur sourde, mais le malade la rapportera à une toute autre cause, à une gêne de ses vêtements, ou à une fatigue, et ce ne sera que le jour où il aura fait un violent effort, où il se sera soumis à un travail trop intense que l'épididymite se révélera par son passage à l'état aigu. Il faut avoir l'occasion d'examiner un malade pour un autre motif, et un examen minutieux peut mettre sur la voie, et encore éprouve-t-on une difficulté réelle pour différencier cette lésion d'une lésion tuberculeuse.

Quand, après une épididymite aiguë confirmée, on voit tous les symptômes s'amender, la douleur disparaître, le gonflement s'effacer graduellement, et l'épanchement se résorber à son tour, et s'il reste une légère induration occupant la queue de l'épididymite, on se trouvera en présence d'une inflammation chronique de cet organe; il présente, en effet, une induration légère dans toute sa longueur, induration régulière et sans bosselures, et « le doigt peut suivre nettement les contours formés par la réflexion de la queue de l'épididymite ; on sent avec la plus grande facilité la dépression que cette anse circonscrit » (Reclus, *thèse de Paris*, 1876). La douleur existe peu ou pas. La sensibilité est à peu près émoussée; cependant une pression même légère devient parfois très pénible pour le malade. Inutile d'ajouter que la marche et la fatigue peuvent réveiller cette douleur latente et la rendre on ne peut plus manifeste.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX

La fièvre, compagne forcée de toute inflammation sérieuse, se montre dès le début dans l'épididymite ; fièvre légère dans les cas légers, et qui, dans les cas les plus bénins, peut même venir à manquer. Dans les premiers jours le sujet est affecté de malaise, de céphalée, de vertiges. L'insomnie, l'agitation entrent en scène, offrant dans certains cas des symptômes qui pourraient faire craindre un léger embarras gastrique, comme nous avons eu l'occasion de le remarquer deux fois sur deux de nos camarades étudiants en médecine. Ces phénomènes, dans un de ces cas, ont persisté 17 jours ; mais ce n'est pas là la règle générale ; ils s'amendent d'ordinaire avant même la disparition complète des phénomènes locaux, douleur, gonflement. La fièvre disparaît en trois ou quatre jours après avoir occasionné un pouls dur, une peau chaude et une langue blanche. Mais un point reconnu aujourd'hui et parfaitement confirmé par Jullien, c'est l'influence de cet état inflammatoire sur les globules sanguins. Les globules rouges sont en effet diminués de volume; les malades présentent un degré d'anémie avancé. Maintenant peut-on ranger parmi les symptômes généraux ces douleurs inconstantes et bizarres, comme les appelle Jullien, qu'on observe parfois, comme les mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques anormaux du tube digestif, hypercrinies, gastro-hépatites, plénitude ou resserrement de la circulation générale, et par conséquent modifications correspondantes de la température, agents directs ou indirects de la fièvre ?

CHAPITRE IV

URÉTHRITE CHRONIQUE POSTÉRIEURE

Parmi les causes nombreuses de l'inflammation de l'épididyme, que nous avons mentionnées déjà, il en est une que nous avons soulignée, nous réservant d'y revenir bien plus au long. Bastard, dans sa Thèse, reconnaît comme complication de l'uréthrite postérieure, l'inflammation de l'épididyme; et, comme il y a là une relation de cause à effet, nous considérons l'uréthrite chronique postérieure comme cause de l'inflammation de l'épididyme; aussi, je ne puis passer sous silence ce long chapitre de la Thèse de Bastard, où, après avoir donné d'abord les causes de l'uréthrite postérieure, il décrit très bien cette affection chronique de l'urèthre profond.

A l'exemple de Bastard, je parlerai des causes de l'uréthrite chronique postérieure pour passer, de là, à l'étude de l'uréthrite postérieure proprement dite.

Bastard met en première ligne le traitement. Il agit d'une façon mécanique et sert le plus souvent de véhicule au principe morbide qu'il transporte de la partie antérieure de l'urèthre à sa partie postérieure.

a) Dans le traitement rentrent les injections; ce n'est pas à dire que l'injection est nuisible par elle-même, mais c'est la manière

plus ou moins défectueuse avec laquelle elle est poussée : tantôt la quantité de liquide injecté est trop considérable, tantôt la force qui la pousse est trop grande; le sphincter inter-uréthral est franchi et le pus de la région antérieure passe à la région postérieure.

b) Le cathétérisme est responsable d'un grand nombre d'inflammations de l'urèthre profond ; la sonde peut porter dans la partie postérieure le pus qu'elle a rencontré dans la partie antérieure du canal. Il faut considérer le volume des sondes, et avec un numéro faible l'infection est plus à redouter qu'avec un numéro plus fort.

c) Faiblesse congénitale ou acquise. Ici tout le rôle est au sphincter inter-uréthral. S'il a perdu sa tonicité, sa contractilité, soit pour une raison, soit pour une autre, il y a alors une grande prédisposition à l'uréthrite postérieure par propagation d'avant en arrière.

d) *Masturbation.* — Indépendamment de toute blennorrhagie, l'uréthrite postérieure se déclare chez les sujets adonnés depuis longtemps aux manœuvres répétées de la masturbation; l'onanisme, outre l'action débilitante qu'il imprime à l'organisme, se traduit sur l'urèthre postérieur par une inflammation subaiguë qui se révèle par des envies fréquentes d'uriner ; et la boule exploratrice, après avoir franchi le col, ramènera quelques gouttes de pus. Congestion permanente, qui ne disparaît pas comme celle liée, par exemple, à une nuit trop orageuse. Mais pourquoi la congestion choisirait-elle ce siége de préférence à tout autre? La prédominance des veines sur le système artériel nous en donne la raison.

e) *Les causes constitutionnelles.* — L'état général a une influence marquée qu'il ne faut pas méconnaître. Certaines uréthrites qui ont résisté à un traitement local bien conduit disparaissent quand on s'adresse à tout l'organisme. Le rhumatise, la goutte, les tubercules, la scrofule, impriment à l'uréthrite une marche qu'on

ne peut souvent détourner qu'en s'adressant à ces affections mêmes.

Ce qui nous frappe tout d'abord dans l'uréthrite chronique postérieure, c'est l'état latent de l'affection; elle peut succéder à une uréthrite aiguë profonde, comme aussi elle peut survenir après une uréthrite antérieure, et nous avons déjà vu comment. Mais les douleurs étant apaisées et le sphincter inter-uréthral s'opposant au passage, il n'y aura guère que les symptômes concomitants qui nous éclaireront sur l'existence de la maladie, et encore s'ils sont peu nombreux ou peu sensibles, passeront-ils inaperçus à nos yeux. Bastard a étudié à fond cette symptomatologie, et en a donné une division très complète.

1° *Troubles urinaires.* — C'est, il est vrai, le premier symptôme qui frappe le malade, symptôme constant, mais qui à lui seul est peu propre à assurer le diagnostic; nous le trouvons, en effet, dans d'autres affections. Le sphincter inter-uréthral, atteint par l'inflammation, a acquis une sensibilité toute spéciale; il est, comme l'a démontré Guyon, le véritable sphincter de la vessie, et, sollicité, il entre en jeu et donne passage à l'urine. Quelques gouttes de sang l'accompagnent, gouttes qui peuvent devenir assez nombreuses pour constituer l'hématurie.

2° *Troubles génitaux.* — Rares et variables de nature : pollutions nocturnes ou diurnes, érections incomplètes, d'abord fréquentes, puis devenant de plus en plus rares. Ces érections, suivies d'une éjaculation trop rapide, rendent le coït incomplet, bientôt impossible et aboutissant à l'impuissance.

3° *Sécrétions pathologiques.* — C'est de tous les symptômes celui qu'il importe le plus de connaître. Le siége de l'écoulement, le mode de sortie, la couleur du pus, nous fourniront de précieux

renseignements. Il découle de l'anatomie même de la région que le pus ne peut de lui-même se faire jour au dehors, le sphincter inter-uréthral est là pour s'opposer à son passage; mais le premier jet d'urine l'entraînera avec lui, ou encore un effort qui aura vaincu la résistance de l'anneau musculaire. Mais il peut arriver que, collecté en trop grande quantité derrière l'obstacle, il sollicite la distension de l'urèthre membraneux en même temps que la contraction réflexe des muscles éjaculateurs et sorte sous forme d'éjaculation; d'autres fois, encore, le pus s'écoule au moment de la défécation ou de la miction.

Sa couleur n'est pas semblable à celle du pus de l'uréthrite antérieure : elle est ici blanchâtre, laiteuse, variant de la transparence incolore à l'opacité jaunâtre.

C'est le microscope qui nous éclairera davantage sur la nature intime de l'écoulement. Il nous montre surtout des éléments organiques, des cellules épithéliales, des leucocytes en plus ou moins grande abondance ; mais cet écoulement peut être modifié par deux autres liquides physiologiques et pathologiques qui s'y ajoutent. Le premier est le liquide prostatique qui, normal dans l'érection, n'a aucune influence sur la composition du pus uréthral. Le second, pathologique, provient de la prostate ; perverti dans sa production, il viendra augmenter la quantité du pus et donnera à l'écoulement cette couleur louche, blanchâtre, à consistance sirupeuse, et l'écoulement ainsi constitué serait formé (selon Jamin, après Le Dentu) par des granulations graisseuses à centre clair et à bords obscurs caractéristiques; par des cellules épithéliales cylindro-coniques, à cils vibratiles ; par des leucocytes plus ou moins abondants.

Phénomènes douloureux. — La douleur, localisée parfois, peut s'étendre au loin. Dans le premier cas, notons la douleur au niveau du gland, au col de la vessie, pendant l'éjaculation, la défécation; au loin, comme retentissement, lumbago, fourmillement dans les membres inférieurs, gastralgie.

Phénomènes généraux. — Le physique et le moral sont souvent affectés chez ces malades. Le nervosisme, l'hypochondrie, jouent un grand rôle dans la marche de l'affection ; mais il faut pourtant tenir compte de l'excitation, bientôt suivie de dépression, des centres médullaires ; tout d'abord augmentation énorme des actions réflexes, puis parésie des membres inférieurs, troubles de l'appareil digestif, de l'ouïe, de la vue ; et la connaissance de ces différents symptômes résume en entier l'étude de l'uréthrite postérieure. Ainsi, nous avons cru de notre devoir de résumer ce chapitre de la thèse de Lyon, pensant peut-être que nous n'aurions pu faire mieux.

RÉFLEXIONS SUR LA MARCHE DE L'INFLAMMATION DE L'URÈTRE POSTÉRIEUR A L'ÉPIDIDYME

L'épididymite est établie, une lésion quelconque latente de l'urèthre profond est reconnue. Les faits nous prouvent la relation à peu près constante de ces deux processus inflammatoires. Mais, par cela même, il ne nous est pas démontré le *modus faciendi*, le pourquoi, en un mot, qui nous explique la marche de la maladie de l'urèthre profond à l'épididyme. Pouvons-nous constater le fait sans l'expliquer, comme le mode d'action de certains médicaments, dont nous ne pouvons nier les bons effets ; ou bien pouvons-nous donner une explication plausible, et pouvons-nous suivre la marche de l'inflammation de l'urèthre postérieur à l'épididyme ? Plusieurs théories ont été mises en avant, toutes plus ou moins infidèles, et donnant prise à des objections sérieuses ; et si nous voulions faire de l'empirisme et nous contenter de rapporter ce que nous voyons, la meilleure preuve en faveur de cette relation constante serait la nomenclature des faits nombreux à l'appui, faits dont nous avons été tous témoins

et que redoutent tous ceux atteints d'uréthrite profonde, de nature quelconque : nous mentionnons la blennorrhagie, le coït répété, la masturbation, etc. Mais, si nous consultons les auteurs, nous verrons qu'ils n'ont pas hésité à invoquer des doctrines, des théories nombreuses. Les uns sont pour la métastase, la sympathie, d'autres ont opté pour la propagation par continuité des tissus ; et ne pourrions-nous pas mettre en ligne de compte le transport du principe morbide par la voie des lymphatiques ?

La métastase n'est guère plus soutenable ; il faudrait que l'écoulement cessât complétement, une fois la déclaration de l'épididymite confirmée. C'est pourtant un fait qui existe en principe ; nous en parlons dans le cours de notre travail. « Eraud dit, dans le *Lyon médical*, que dans le cas où l'épididymite vient à se produire, il y a toujours pour la blennorrhagie, l'uréthrite profonde, une sorte de détente. » Il peut y avoir détente, il y a même détente ; mais nous insistons sur ce mot qui nous montre un affaiblissement des symptômes de l'uréthrite profonde, sans impliquer l'idée de disparition complète.

Ne nous arrêtons pas à la doctrine de la sympathie ; le fait est peut-être vrai, mais comment l'expliquer ? Le mot sympathie porte avec lui l'idée d'une hypothèse qui ne peut se prêter à aucune démonstration.

Reste la théorie de propagation par continuité des tissus, théorie très séduisante. Nous croyons voir, en effet, l'inflammation partir de la fosse naviculaire, s'étendre aux parties profondes, traverser les portions membraneuse et prostatique, gagner un des canaux déférents, descendre dans les bourses et s'attaquer finalement à l'épididyme. Mais ici s'élève une objection de grande valeur ; dans cette théorie, les parties intermédiaires à l'urèthre postérieur et à l'épididyme doivent présenter les traces d'une inflammation plus ou moins légère, et pourtant, dans un grand nombre de cas, l'intégrité d'une partie du canal déférent n'est pas moins réelle. Aussi, pour venir en aide à cette théorie, ferons-

nous appel aux lymphatiques et leur donnerons-nous un rôle actif dans ce transport d'un principe morbide, pus, micrococcus, microbes, etc., d'un point à un autre. Nous savons, en effet, les rapports étroits existant entre les vaisseaux lymphatiques de toute cette région, et nous pouvons admettre que le micrococcus puisé dans l'urèthre profond soit par eux transporté dans l'épididyme sans même avoir laissé trace de son passage. Cela expliquerait-il l'intégrité du canal déférent alors qu'en deçà et au delà les parties ont subi l'inflammation ? La question est loin encore d'être tranchée, et, tout en respectant les idées du célèbre syphilographe Fournier, nous n'oserions penser que cette manifestation « est l'analogue de ces accidents qui se produisent à distance sur des points éloignés du canal et qui, de toute évidence, ne reconnaissent pas l'irradiation inflammatoire pour origine. »

CHAPITRE V

HYDROCÈLE

A quoi répond, dans notre esprit, le mot d'hydrocèle ? C'est la première question que nous avons à nous poser. L'étymologie nous dira bien que υδωρ veut dire eau et κηλη tumeur. C'est une tumeur pleine d'eau. Mais cela ne nous fixe pas davantage ; nous savons qu'un liquide est épanché dans la séreuse vaginale, mais nous ne connaissons pas encore la nature de ce liquide et la manière dont il s'est produit ; et c'est par la connaissance de cette nature et du *modus faciendi*, que nous aurons la notion bien nette des rapports existant entre l'épididyme enflammé et cet épanchement dans la séreuse. Dans ce cas, alors, l'hydrocèle devient un symptôme, si je puis m'exprimer ainsi ; ce n'est pas à dire que l'hydrocèle ait besoin d'exister pour affirmer l'inflammation de l'épididyme, mais l'épanchement dans la vaginale sera symptomatique d'une lésion quelconque du testicule de l'épididyme. Mais, du moment que nous parlons d'hydrocèle symptomatique, nous pouvons opposer l'hydrocèle idiopathique et nous demander si elle existe. C'est même une maladie très fréquente qu'on rencontre aussi souvent dans l'enfance que dans la vieillesse ; affection qui a une prédilection marquée pour les pays chauds.

Nous trouvons que les médecins de la marine la mentionnent spécialement à la Guadeloupe, à la Martinique.

On a donné beaucoup de causes à cette hydrocèle idiopathique, et c'est précisément le nombre de ces causes qui prouve une fois de plus qu'on n'est guère fixé sur la nature de cette production pathologique, sur l'étiologie de cette affection. C'est ainsi qu'on la rapporte à des professions pénibles, à des contusions, à des froissements avec pression du testicule, à l'équitation, aux marches forcées ; toutes causes dont on doit cependant tenir compte, sans y ajouter une trop grande foi.

Toutes ces causes nombreuses avaient, jusqu'à aujourd'hui, fait placer l'hydrocèle dans la catégorie des hydropisies simples, sans que personne ait eu l'idée de la rattacher à une lésion primitive du testicule, lorsque, dans ces derniers temps, M. Panas, après de nombreuses observations à l'hôpital St-Louis, a été porté à ne plus partager les opinions émises avant lui ; les travaux de Lannelongue et de Marrimon, son élève, sont venus à nouveau confirmer ce qu'avait annoncé M. Panas. Ce dernier, en présence de cet épanchement plus ou moins considérable, a étudié la nature de cette sérosité citrine d'ordinaire, louche, laiteuse parfois, et il n'a plus considéré comme une simple hydropisie cet épanchement qui présentait les caractères de l'inflammation.

Toutefois, certains auteurs ont songé au rôle que pouvait jouer le testicule dans cette production pathologique, et pour Delpech, « l'inflammation chronique ou la simple irritation sont des causes très familières de l'hydrocèle » ; mais il y a là une relation de cause à effet qu'ils n'ont pas bien saisie, et ils prennent l'effet pour la cause, et *vice-versâ*. Il ne serait peut-être pas inutile d'emprunter à la thèse de M. Marrimon et au mémoire de M. Panas les différentes opinions des auteurs sur l'hydrocèle.

J.-L. Petit, d'après le texte de Panas, parle de « l'induration du testicule comme d'une complication de l'hydrocèle vaginale, qu'il définit un épanchement liquide dans le périteste (tunique

vaginale)»; ce qui ne l'empêche pas de dire ailleurs « que, le gonflement préexistant du testicule ne se dissipant pas, il se forme une hydrocèle qui vient peu à peu, ce qu'il a souvent observé. Cette hydrocèle, dans la suite, augmente au point de cacher le testicule, de sorte qu'il ignore en quel état est cette partie. L'expérience m'a appris, ajoute-t-il, que quelquefois il se maintient dans sa dureté, qu'il augmente même en dureté et en volume ; que d'autres fois il reprend presque sa consistance et sa grosseur naturelles, et que d'autres fois il se flétrit, s'affaisse et s'amincit presque. C'est ce que j'ai observé plusieurs fois, après avoir vidé les eaux par la ponction. »

Pott trouve dans l'hydrocèle le testicule « naturel, mou et sain »; chez lui, il ne faut pas prendre ces trois dénominations au sens de la lettre; ce qu'il veut dire, — et il s'explique à ce sujet, car il sait très bien que le testicule n'a pas sa véritable forme — c'est que le testicule n'a pas changé de structure et qu'il n'a été envahi par aucun autre élément nouveau, et, finalement, il est loin de considérer l'engorgement comme pouvant se lier à la cause de l'épanchement liquide.

Delpech a compris que l'irritation pouvait ne pas être étrangère à la production de l'hydrocèle. Les idées de Boyer sont portées dans un autre sens ; il reconnaît l'essentialité de l'hydrocèle, et pour lui, lorsque l'hydrocèle est simple, l'organisation du testicule n'est point altérée. Il peut y avoir augmentation de volume, il est plus rarement diminué. Plus loin Boyer étudie cette augmentation de volume, cet engorgement, qui, d'après lui, est simple ou squirrheux. S'il est simple, l'engorgement est consécutif à l'épanchement ; s'il est squirrheux, il est primitif, entraîne la congestion d'une certaine quantité de liquide et constitue l'hydro-sarcocèle, et enfin l'auteur se livre à des considérations sur cette hydropisie, en recherche les causes et, après les avoir passées en revue, déclare que le plus souvent la maladie est survenue sans cause manifeste.

A. Cooper, mettant de côté l'inflammation, l'attribue au relâchement des artères et des veines.

Hunter avoue son ignorance sur les causes de l'hydrocèle, mais il constate qu'elle naît souvent d'une maladie du testicule.

Curling admet que la substance testiculaire est habituellement saine. Cependant, il ajoute qu'il a vu souvent le testicule aplati, par suite de la pression du liquide épanché ; cette compression a pu être poussée au point d'amener l'atrophie du testicule et le sperme être privé de spermatozoïdes.

Nélaton partage en partie les idées de Curling. Quant aux causes, aussi indécis que les autres auteurs, il les rapporte à l'irritation du testicule, du scrotum, de l'épididyme.

Humphry partage encore les opinions de Curling et de Nélaton.

En résumé, tous les auteurs déjà cités s'accordent à reconnaître des lésions diverses du testicule, de l'épididyme, accompagnant l'hydrocèle; mais tous ont méconnu la priorité de celles-là Ils regardaient comme complication ce qui, aujourd'hui, a des tendances à être regardé comme point de départ de l'épanchement. Hunter, Pott et J.-L. Petit avaient toutefois émis l'idée qu'une lésion du testicule pourrait bien occasionner une hydrocèle essentielle.

La question était loin d'être jugée, lorsqu'en 1872, M. Panas, après des observations prises au hasard dans son service, comme il le dit lui-même, publia son mémoire sur la nature de l'hydrocèle (janvier 1872). Il établit que le plus souvent l'hydrocèle dite essentielle dérive d'une épididymite partielle, subaiguë, latente, ayant pour siège la queue de l'épididyme et plus rarement d'une orchite. Il appuie son dire sur huit observations prises à l'hôpital Saint-Louis.

Après avoir passé en revue les diverses opinions des différents auteurs qui ont étudié la question, nous nous occuperons de la nature de cette sécrétion, et son étude pourra mettre un poids

de plus dans la balance et confirmer peut-être l'idée d'inflammation que nous nous en faisons contrairement à l'idée d'exsudation passive et simple qui avait dominé tout d'abord. Nous ferons ici appel à l'anatomie pathologique générale et à la clinique. La première nous apprendra combien sont rares les lésions des séreuses sans inflammation des organes qu'elles recouvrent. La seconde nous enseignera que le rhumatisme, la goutte et les autres affections qui ont une action marquée sur les séreuses respectent assez souvent la vaginale, et nous pourrions déjà déduire de ces faits que, puisqu'il y a épanchement et que nous n'en trouvons pas les causes dans un état particulier anormal de l'économie en général, nous trouverons une cause locale qui, par l'irritation qu'elle produira sur la vaginale, entraînera une exsudation, compagne obligée de l'inflammation.

Dès lors, nous pouvons exclure l'hydrocèle d'une des grandes classes d'hydropisie où on la faisait rentrer, et au lieu de la considérer comme une hydropisie passive, la considérer bien au contraire comme une hydropisie active. D'ailleurs, plus loin, la nature du liquide épanché plaidera encore en cette faveur. Et Marrimon, dans sa thèse, se livre à ce sujet à de judicieuses réflexions. Il passe en revue les hydropisies des séreuses, l'ascite, l'hydrothorax, l'hydropéricarde, l'hydrocéphalie, etc., et constate que le plus souvent elles ont pour cause une inflammation à un degré différent, ce qui a fait classer dans la série des inflammations ce qui était regardé autrefois comme épanchement. Ainsi on appelle aujourd'hui pleurésie ce qu'autrefois on regardait comme un hydrothorax ; l'hydrocéphalie est devenue une méningite; et pourquoi, dit-il, ces réflexions ne pourraient-elles pas s'adresser à l'hydrocèle ?

La nature du liquide épanché apporte une autre preuve en faveur de l'hydrocèle spécifique, liquide de réaction alcaline, d'une densité de 1025, riche en matières albuminoïdes, dont la proportion s'élève à 8 p. 100, d'après Marcé, à 9 p. 100 suivant

Bostock, et parfois on y trouve de l'albumine, des hématies, des flocons fibrineux, de la cholestérine, des matières grasses. Les éléments du liquide de la vaginale sont exactement ceux du sang ; mais, dans la moitié des cas environ, le poids de ces éléments solides dissous dans ces liquides dépasse le poids qu'aurait donné un volume égal de sérum sanguin (Méhu, *Archives générales de médecine*, 1875) , et d'après des relevés et statistiques faits par plusieurs auteurs, l'hydrocèle serait, des épanchements séreux, le plus riche en matières solides, et sur 10 parties, 7, d'après Marcé, seraient de nature organique, albumine surtout, et 3 de sels. Il y aurait surtout de la sérine et de la fibrine dissoute de Denis (de Commercy) deux tiers environ, et l'autre tiers, représenté par les sels, renfermerait en grande partie du chlorure de sodium. La présence de la cholestérine n'est pas toujours constante. Méhu, dans ses analyses, n'en a le plus souvent constaté que des traces, à part deux cas, où la quantité était notable ; et cet auteur ajoute que quelques centigrammes suffisent pour donner au liquide cette couleur citrine étincelante que les auteurs lui attribuent. Enfin il est des cas où les symptômes qui l'accompagnent sont si intenses, la transsudation du liquide, et la rapidité avec laquelle il se forme est si grande, qu'on ne peut révoquer en doute la nature inflammatoire et irritative de l'épanchement. En résumé, le début est une vaginalite, une épididymite, une orchite, un kyste, un corps étranger, une inflammation ; toutefois M. Lannelongue n'a pas partagé les opinions émises à ce sujet ; peut-être faut-il en rapporter la cause précisément au milieu dans lequel il observe. Mais il n'en reste pas moins de ses observations, que le point de départ est une irritation, et s'il refuse à l'épididyme enflammé une part dans la production de l'hydrocèle (je dis épididymite, mais d'après lui simplement épaisissement et induration du tissu cellulaire sous-séreux), et s'il considère cet épaisissement comme consécutif à l'irritation vaginale, cette idée d'irritation n'en est pas moins établie, et

comme ses malades ont dépassé la quarantaine ou la cinquantaine, et qu'à cet âge les altérations du col de la vessie, de la prostate sont fréquentes, il est permis de penser que, de là, le processus irritatif s'est communiqué à la séreuse, d'où l'épanchement. En effet, une cause insignifiante, un kyste, un engorgement de l'épididyme, une tumeur du testicule, auront une action directe sur la vaginale, à la façon d'un corps étranger ; tous les mouvements favoriseront ce contact ; l'inflammation une fois déclarée, l'épanchement se produira à son tour, et, comme il n'aura aucune tendance à se résorber, et qu'il augmentera de jour en jour, l'hydrocèle sera complétement constituée. Grosse hydrocèle, dont le point de départ, la cause déterminante a pu être minime.

Sans vouloir parler des conséquences habituelles des épididymites, sans vouloir entrer dans de trop longs détails, surtout après avoir parlé au long de l'hydrocèle, nous croyons cependant qu'il serait utile, après avoir lu les mémoires de Gosselin à ce sujet, de nous arrêter un instant à cette conséquence grave de l'épididymite simple, bien plus grave encore lorsqu'elle est double, qui peut avoir un retentissement sérieux sur la famille et sur cette loi de la nature, la reproduction.

L'anatomie pathologique de l'épididyme enflammé nous a fait déjà entrevoir quelle pouvait être la suite de l'inflammation d'un organe dont le rôle est de livrer passage à une sécrétion, au sperme. Des deux observations précédemment citées et des autopsies faites, nous en retenons que l'épididyme affecté est tuméfié, augmenté de volume, induré ; la lumière du canal est diminuée, n'existe même pas, les spermatozoïdes ont disparu du liquide séminal, ou bien, s'il en existe quelques rares encore, ils sont morts, déformés, privés de mouvement. Il existe un obstacle, obstacle infranchissable qui empêche l'arrivée du sperme dans la vésicule correspondante ; il s'arrête dans le testicule ou dans l'épididyme. Mais que devient le sperme, s'il existe ? Il subit une rétention,

s'accumule en amont de l'obstacle et forme un véritable spermatocèle qui d'ailleurs ne tarde pas à disparaître, le liquide spermatique étant de tous les liquides de l'économie celui qui a le plus de tendance à se résorber. Nous sommes en droit de nous demander ce que devient le testicule dont le sperme ne peut plus parvenir jusque dans la vésicule séminale. Si nous nous en rapportons encore aux deux premières observations, nous voyons qu'il n'y a pas de changement notable. Il n'y a pas atrophie, comme on l'a dit bien souvent, et la comparaison avec le testicule sain vient à l'appui de notre dire. Mais peut-être ne faudrait-il pas être absolu sur ce point et prétendre qu'après un temps plus ou moins long l'atrophie ne deviendrait pas manifeste. Le testicule sain ne continue pas moins à sécréter du sperme avec ses caractères physiologiques. Du côté affecté, et nous en avons déjà parlé, la sécrétion continue à se faire, et l'éjaculation peut avoir lieu; cependant ce liquide n'a plus les mêmes caractères, sa couleur n'est plus aussi blanche, sa densité est moindre, il n'est plus aussi visqueux, et finalement, ce qui ici nous intéresse au plus haut degré, il ne présente plus d'animalcules. Ce liquide n'est autre que la sécrétion de la vésicule séminale qui, à l'état physiologique, vient s'ajouter au sperme proprement dit, et nous conclurons de ce qui a été dit : 1° que le canal de l'épididyme peut s'oblitérer au niveau de la queue de cet organe ; altération qui empêche l'arrivée du sperme dans la vésicule séminale ; 2° que le testicule ne s'atrophie pas et continue à sécréter ; 3° que l'épididyme peut se gonfler et devenir variqueux en amont de l'obstacle.

L'éjaculation a lieu, mais le liquide spermatique n'a plus ses caractères physiologiques.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que d'une épididymite simple, unique, localisée à un seul côté, et de ses conséquences. Nous avons étudié la liqueur séminale qui en découle, en faisant abstraction du liquide spermatique provenant du côté sain, et nous n'avons pas trouvé de spermatozoïdes ; néanmoins le liquide sper-

matique est encore fécondant. Mais, si l'induration est manifeste des deux côtés, si les deux épididymes ont été pris, je ne dirai pas à la fois, chose rare, mais successivement l'un après l'autre, la lésion est alors plus grave, et nous devons déduire de ce qui a été dit tout d'abord qu'il n'y a plus de spermatozoïdes. Le liquide des vésicules séminales est seul excrété joint aux liquides des autres glandes, et le sperme n'a plus ses propriétés. Les cas d'épididymites blennorrhagiques doubles, quoique rares, se voient cependant ; je citerai bien deux observations, mais elles ne rentreraient pas dans notre cadre, et c'est sur vingt observations de ce genre recueillies en partie à l'hôpital du Midi que M. Gosselin a pu publier son mémoire, que je résume en peu de mots. Il a divisé ces épididymites doubles en deux catégories : dans la première, rentrent les épididymites dont les lésions remontaient à quelques mois ; dans la seconde, les lésions remontent à plusieurs mois ou plusieurs années.

Les individus de la première catégorie n'éprouvaient rien d'anormal après leur guérison apparente. Il restait un noyau, une induration à la queue de l'épididyme, — fonctions génitales conservées en apparence, désirs vénériens, érections, éjaculation, sperme de même couleur, etc. Cependant le microscope ne révélait pas la présence de spermatozoïdes ; il montrait des globules sanguins, provenant de l'inflammation des vésicules séminales ou de l'urèthre (uréthrite postérieure). Chez deux de ces malades, après une absence de quelques mois, les animalcules ont reparu.

Le retour a coïncidé avec la disparition graduelle de l'induration. Spermatozoïdes peu nombreux dès le commencement.

L'interprétation de ces faits nous amène à dire qu'après les épididymites bilatérales, le liquide éjaculé peut cesser pendant quelque temps de contenir des spermatozoïdes, et par conséquent d'être fécondant. On a cherché la raison de ceci ; on s'est demandé si ce n'était pas une modification dans la sécrétion, modification qui tiendrait à un trouble général ; mais il est à remarquer que

c'est précisément lorsque la maladie est passée, lorsque les malades ont recouvré leurs forces que l'on s'aperçoit de l'absence des spermatozoïdes, lorsque le noyau d'induration est bien établi, et c'est à lui seul qu'il faut en rapporter la cause.

Dans la seconde catégorie, Gosselin rangeait des malades atteints d'orchite double depuis 5-6 ans, et chez l'un seulement on remarquait la présence des spermatozoïdes, en petite quantité il est vrai ; d'autres offraient une très forte induration et pas de spermatozoïdes ; d'autres même, avec toutes les apparences de leur virilité, et mariés, n'avaient pas d'enfants. La présence des spermatozoïdes n'a pu être décelée : — d'où l'on peut déduire qu'après une épididymite double, les spermatozoïdes qui avaient disparu peuvent reparaître après un temps plus ou moins long ; mais que le plus souvent l'affection peut se prolonger indéfiniment et entraîner l'infécondité, conséquence due à l'organisation et à la transformation fibreuse de la lymphe plastique au niveau de la queue des épididymes, et à l'obstacle qui en résulte pour le passage du sperme.

Observation III

Epididymite. — Hydrocèle gauche.

(Service de M. le professeur Tédenat. — Communiquée par M. Lassale, étudiant en médecine.)

Jacques C..., 38 ans, célibataire, cultivateur à Fabrègues, entre le 14 mai. Nie formellement tout antécédent blennorrhagique ; n'urinait jamais la nuit avant sa maladie, ce qui exclurait l'idée d'uréthrite.

Il y a 18 mois, sans traumatisme, spontanément, s'est aperçu que le testicule gauche se tuméfiait. Augmentation de volume sans douleur. Le malade urine normalement sans peine.

Hydrocèle typique du côté gauche, du volume des deux poings. — 17 mai, bain au sublimé. — Mercredi 19 mai, opération. Incision antiseptique. On vide la tunique vaginale qui est considérablement épaissie, 3 millimètres. Il sort un liquide clair, citrin ; on coupe un petit nodule au niveau de la tête de l'épididyme (?); on suture au catgut. Poudre d'iodoforme, pansement à l'iodoforme. — Pendant l'opération, syncope chloroformique, dilatation de la pupille, absence complète de pulsations, mouvements respiratoires supprimés.

Le soir de l'opération, pouls 60, plein, régulier, langue peu saburrale. — Sous le coup de l'intoxication chloroformique, le malade a présenté de l'abattement jusqu'à 2 heures de l'après-midi.

Le 20 mai. — Se plaint de douleurs rénales avec irradiation le long du cordon ; langue bonne, un peu saburrale. Pas de douleur au niveau du testicule. P. 64, plein, régulier, T. 37°,4-37°,4.

Eponge sous les fesses que le malade mouille avec de l'eau phéniquée. A dormi la nuit.

Le 21. — T. 37°5-37°,4. P. 64, plus régulier ; langue bonne, humide ; ne souffre pas.

Le 22. — T. 38°,6-37°. P. 72, plus régulier ; ne souffre pas, langue bonne, appétit bon.

Le 23. — T. 38°-37°,3. On fait le pansement. — Pas d'inflammation ; pas de pus, le pansement n'est pas douloureux. On retire le drain, qui ne contient pas de matière septique, poudre d'iodoforme, gaze iodoformée ; on replace le drain ; dans l'intérieur, se trouvait un caillot sanguin non altéré. P. 70.

Le 24. — Langue bonne, un peu saburrale ; ne souffre pas du tout, va à la selle régulièrement; appétit bon.

Les 25, 26, 27. — Rien d'anormal.

Le 28. — On enlève le pansement. T. 37°-36°9 ; pas une goutte de pus ; les parties sont souples. Application d'un suspensoir. P. 60, plein, régulier; langue bonne, appétit bon; va du corps régulièrement.

Le 31. —P. 60, pas de douleur, selles régulières, urine sans douleur et facilement.

Le 2 juin. — Aucune trace d'infiltration. Le malade peut se lever. Lavage au sublimé, 2 à 3 bandelettes iodoformées sur l'ulcération toute superficielle.

Le suspensoir est replacé. Langue bonne. Urine normalement.

Les 5, 6, 7, 9. — Rien d'anormal, fonctions digestives bonnes, selles faciles, urines faciles.

Le 10. — Lavage au sublimé ; cicatrisation complète. On touche avec le nitrate. Porte un simple suspensoir sans coton ; sort guéri complètement le 11 juin.

Observation IV

Service de M. le professeur TÉDENAT. — Communiquée par M. Lassale, externe, étudiant en médecine.

Uréthrite. — Epididymite. — Hydrocèle.

C....., Paul, militaire, 25 ans, entre le 26 mai; a eu la chaudepisse il y a trois ans, l'écoulement a duré deux ans. Mais depuis un an plus de goutte militaire. Après sa chaudepisse se levait souvent la nuit pour pisser. Depuis un an pisse normalement. Depuis lors hydrocèle typique de la tunique vaginale. Pas de syphilis.

Mercredi 9. — Incision antiseptique. Liquide citrin, épididyme engorgé, un morceau de la queue est réséqué. Cinq sutures sur la vaginale; drain entre la peau et la vaginale, poudre d'iodoforme, gaze iodoformée.

10. — Urine facilement; éponge imbibée d'eau phéniquée. La vaginale a eu une épaisseur de 4 à 7 millimètres. P. 72; n'a pas dormi de la nuit, n'a pas été à la selle depuis l'opération; souffre des reins. 37°,4-37°,3.

11. — P. 88, pas de douleur, langue saburrale, humide; n'est pas allé à la selle. T. 38°,6-38°,5, sulfate de quinine, 0,50.

12. — P. 100, tousse un peu, langue sale; n'est pas allé du corps, douleur peu intense, peu de gonflement, pisse sept à huit fois par jour et par nuit, 38°,7-38°6.

13. — Pansement. Pas de sécrétion, pas de pus, pas d'odeur, légère douleur à la pression, 38°,3-37°,7; souffre moins des reins, langue bonne, un peu saburrale; dort la nuit; est allé deux fois à la selle. Suspensoir.

14. — P. 88, langue bonne, pas trop d'appétit, deux selles, a pissé trois fois dans la journée, trois dans la nuit. 38°-37°,6.

15 et 16. — P. 88, T. 37°,7-37°,5; 37°,4-37°; langue bonne un peu saburrale; selles régulières, ne souffre pas, pisse cinq à six fois par jour, depuis deux nuits il n'urine pas; pas de douleurs; dort la nuit.

18. — Pansement. On enlève le drain qui contient une matière gélatineuse non altérée, ne souffre pas à la pression. Crayon d'iodoforme, poudre d'iodoforme. Lotions, friction externe. Suspensoir. 37°,4-37°,2.

19. — Ne souffre pas, va à la selle, 37°,3-37°.

20. — Pas de douleurs, pisse cinq ou six fois par jour, deux ou trois fois la nuit, pas de fièvre.

21. — Pas de fièvre ; langue bonne, va à la selle ; dort bien la nuit.

22. — Le mieux s'accentue, appétit bon.

23. — Le pansement est défait, odeur d'iodoforme, un peu de sphacèle tout à fait aseptique. Le gonflement a bien diminué, pas de rougeur, poudre d'iodoforme, gaze iodoformée; suspensoir.

27. — Pansement. Pas de pus, pas d'inflammation. Un peu de vaginalite.

28. — Langue bonne, appétit bon, n'a pas été à la selle de la journée, purgatif, pas de fièvre. Guérison très prochaine.

Observation V

(PERSONNELLE)

X..., âgé de 20 ans, contracte blennorrhagie, le 21 mai 1882.— Celle-ci, traitée au début par la tisane d'orge et de chiendent, évolue classiquement. A la fin du mois, injections timides d'eau blanche et capsules de copahu à l'intérieur, lesquelles, soit dit en passant, exercent une influence déplorable sur l'appareil gastro-intestinal. Les injections font diminuer l'abondance de l'écoulement. Vers le 10 juin, il sortait de temps en temps quelques gouttes de pus, à peine. Pas de douleur.

X..., se croyant à peu près guéri, se permit quelques courses nocturnes avec ses camarades. Pendant trois jours tout alla bien ; mais le 15 juin, il s'aperçoit que son testicule droit augmente de volume et qu'il pisse plus qu'à l'ordinaire. Il est douloureux ; la pression exagère la douleur. La tête de l'épididyme est prise. Le repos à la chambre est ordonné ; applications d'onguent mercuriel belladoné sur le testicule malade.

Le lendemain 16, l'écoulement a repris de plus belle, la tête et la queue de l'épididyme sont prises, les douleurs sont très fortes. X... est couché. La nuit est mauvaise, les douleurs sont insupportables. Le 17 au matin, il y a un peu de calme. Les onctions avec la pommade belladonée sont continuées.

Le 18, les douleurs sont moins fortes. Tout l'épididyme est induré ; un peu de liquide dans la vaginale, ce qui donne au testicule un volume considérable.

Le 19, un suspensoir ouato-caoutchouté est appliqué, afin de permettre à X... de pouvoir sortir un peu et aller jusqu'à son restaurant, qui se trouve à 100 mètres environ de sa chambre. Avec cet appareil, la marche est possible et ne provoque pas trop de douleur. Néanmoins le fait seul d'aller déjeuner

au restaurant fatigue fort X... qui, son repas fini, revient se mettre au lit; les douleurs sont aussi fortes que le 16.

Le lendemain 20, le calme est revenu ; seulement il est ordonné à X... de garder rigoureusement la chambre et son suspensoir.

Du 20 juin au 2 juillet, X... ne sort pas ; il garde un repos absolu ; le suspensoir est maintenu en place. La chaudepisse, qui avait recommencé de plus belle, est traitée et améliorée par des injections d'eau blanche et de sulfate de zinc. Le testicule devient de moins en moins douloureux ; son volume ne diminue pas vite. Néanmoins, comme au 3 juillet le calme est complètement rétabli, il est permis à X... de sortir. Cette fois, il ne se produit pas d'accidents.

Le 10 juillet, un emplâtre de Vigo cum mercurio est appliqué sur les bourses, et par-dessus lui on maintient toujours le suspensoir ouato-caoutchouté.

Le 25, l'emplâtre est enlevé, le testicule a notablement diminué de volume, il est peu douloureux. Néanmoins X... marche en fauchant. L'écoulement continue, mais moins abondant.

Le 4 août, X... va dans sa famille. L'écoulement persiste, le testicule a son épididyme tout entier induré, mais sans douleur.

X... prend des capsules de santal, continue les injections d'eau blanche, et l'écoulement va en diminuant, si bien que le 15 août le canal est sec. Néanmoins, par précaution, les injections et le santal sont continués jusqu'au 25 août. A cette date, rien ne restait de la blennorrhagie ; le testicule n'était pas douloureux, si bien que X... pouvait se permettre des promenades de une heure ou deux dans la campagne.

Le 4 septembre, X.. chasse pendant trois jours consécutifs, armé toujours de son suspensoir ouaté; il ne se produit rien de fâcheux. Satisfait de son expérience, X... se remet à chasser à partir du 15 septembre chaque jour, et cela jusqu'à la mi-novembre sans aucun accident, soit du côté de l'urèthre, soit du côté du testicule. Pendant toute l'année 1883, le suspensoir est gardé; X... s'y était habitué et trouvait que c'était très commode pour marcher. Des rapports sexuels, discrets néanmoins, ne ramènent aucun accident. Le coït est pratiqué pendant cette année, mais très modérément; la blennorrhagie ne reparaît pas; l'induration de l'épididyme se résout un peu.

Au commencement de 1884, le suspensoir est abandonné. X... fait pendant cette année quelques excès de boissons et de femme; néanmoins la blennorrhagie ne reparaît pas. En 1885, il en est de même. Cette année, enfin, il nous a été possible de revoir X..., il est parfaitement certain que sa blennorrhagie a été guérie radicalement. Le coït, fréquemment répété dans une même nuit,

n'a ramené jamais rien, lors même qu'il y aurait eu des libations préliminaires. Quant au testicule, inutile de dire qu'il n'est plus douloureux; la tête de l'épididyme n'est pas indurée; seule la queue l'est encore un peu, accompagnée toujours d'une certaine tuméfaction des bourses, due à un léger épanchement dans la vaginale.

Observation VI

Thèse de Mehling (extrait d'un travail du Dr Alfred Cenzmer d'Halle, Allemagne.)

Gustave Saur, 39 ans (de Sprottau). Depuis dix ou douze ans, hydrocèle du côté droit, à la suite, dit-il, d'une gonorrhée. La tumeur a environ dix centimètres de longueur, fortement déprimée à son centre. Le testicule est en arrière. Opération, le 14 novembre 1877. Tunique vaginale dans le point étranglé, fortement épaissie. Testicule un peu gros et recouvert d'épaississement, à sa surface unie et d'apparence cicatricielle. Guérison complète en six jours, température peu élevée pendant quatre jours.

Observation VII

Thèse de Mehling (extrait d'un travail du Dr Alfred Cenzmer d'Halle, Allemagne.)

Ferdinand Roder, 27 ans. Depuis cinq ans gonorrhée qui n'a guéri que peu à peu. Depuis six mois, gonflement du scrotum du côté gauche. Actuellement, hydrocèle du volume du poing et d'une consistance élastique. Le cordon spermatique est nettement épaissi. Opération, le 6 juillet 1875. La tunique vaginale épaissie est recouverte de flexuosités vasculaires, richement entremêlées. Le testicule est volumineux et dur. Une incision faite au testicule montre au centre deux foyers d'inflammation, dont l'un gros comme une noix et ramolli en son milieu, tandis que l'autre, plus petit, ne l'est pas encore. Le râclage du premier est fait à l'aide de la curette tranchante. Après suture de la tunique vaginale à la peau, les bords de la plaie faite au testicule sont également su-

turés au catgut, aux bords de la plaie elle-même, de façon à laisser ouvert le foyer raclé. L'examen microscopique des parties enlevées à la curette montre une membrane de nouvelle formation, en voie de transformation graisseuse. Orchite caséeuse. La marche de la maladie s'est effectuée sans fièvre, sauf une fois, où l'on observa 39°. Au 14me jour, il sort. N'a pas été revu depuis.

Observation VIII

Thèse de Mehling (extrait d'un travail du Dr Alfred Cenzmer d'Halle, Allemagne.)

Her Reuter, 27 ans (de Halle) est porteur depuis trois ans d'une orchite avec épididymite, accompagnée d'une gonorrhée persistante. Hydrocèle ayant débuté il y a huit mois, située du côté gauche, grosse comme le poing; le testicule est situé en arrière. Opération le 19 octobre 1875. Le testicule et l'épididyme sont quelque peu augmentés de volume; une quantité de petites efflorescences sur la face interne de la tunique vaginale. La marche s'est effectuée sans fièvre; le malade sort le sixième jour. Pas de récidive.

Observation IX

Thèse de Mehling (extrait d'un travail du Dr Alfred Cenzmer d'Halle, Allemagne.)

Joseph Giraldi, 60 ans, de Breslau. Le patient a depuis de longues années une gonorrhée qui a entraîné à sa suite une orchite. Depuis cinq ans, à la suite d'un traumatisme sans importance, gonflement de la région scrotale gauche. Actuellement, hydrocèle grosse, du volume des deux poings, en forme de poire, à petite extrémité inférieure. Opération le 12 mars 1877. Le liquide de l'hydrocèle contient un amas considérable de cristaux miroitants de cholestérine. Adhérences nombreuses et filiformes, réunissant le testicule à la tunique vaginale. Le canal inguinal est colossalement dilaté. Drainage à la partie supérieure. Marche favorable. Le patient sort bientôt, complètement guéri au bout de quelques semaines.

Observation X

Thèse de Mehling (extrait d'un travail du Dr Alfred Cenzmer d'Halle, Allemagne.)

Maritz Klaring, 20 ans (de Delitz.) Depuis un an il souffrait d'une gonorrhée, qui avait amené à sa suite une orchite droite; après le stade aigu de cette orchite, reste une tuméfaction de la moitié droite du scrotum, qui peu à peu augmenta. Maintenant, une hydrocèle existe du côté droit, elle est grosse comme un œuf d'oie. Le testicule est en arrière.

Opération le 16 mai 1877. Le testicule est considérablement grossi et la tunique vaginale à peine modifiée. Marche de la plaie absolument favorable, toutefois pendant huit jours ascension thermique de 39°, coïncidant avec un état satisfaisant. Au neuvième jour, le malade sort.

Observation XI

Thèse de Bastard, communiquée par M. Tédenat

Louis A..., ancien sous-préfet, 54 ans, toujours bien portant, sauf blennorrhagie à 23 ans qui, traitée uniquement par le copahu, dura un an et ne laissa pas de goutte militaire. Dès 40 ans, excès alcooliques ; à 43, gêne de la miction, qui devient très fréquente; à 45 ans, orchite droite qui se résout mal ; un an après, plusieurs poussées d'épididymite ; à 47 ans, gonflement énorme de l'épididyme, gêne considérable de la miction. Alors le docteur Jacquemet pratique l'uréthrotomie interne avec succès. Diminution rapide de l'épididyme qui en quatre mois est à peine plus gros que le côté sain. En 1880, le malade, n'ayant pas passé de sonde depuis l'époque de l'uréthrotomie, ressent de nouveau de la gêne pour uriner. Peu à peu l'épididyme s'engorge. Le 3 mai 1881, il prie M. Tédenat de pratiquer la castration, car « il n'y a pas de doute, il est atteint d'un sarcocèle cancéreux. » M. Tédenat constate quinze à vingt mictions dans la journée. Rétrécissement très étroit (8 de Charrière). Epididyme décuplé de volume, à peu près lisse, fusionné avec le testicule, vaginale éparpillée. Pas d'albuminurie. Le 8 mai, uréthrotomie interne;

tout se passe bien, et le 25 mai, le 23 de Charrière pénètre jusque dans la vessie sans difficulté. Alors, suspensoir ouato-caoutchouté compressif. Diminution rapide de l'épididyme qui, à la fin de juillet, était encore triple de l'épididyme sain. Au mois de mars 1883, le malade mourut d'apoplexie cérébrale.

Observation XII

Uréthrite aiguë pendant laquelle s'est développée une orchite simple. — Uréthrite chronique consécutive, latente. — Epididymite.

X..., âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, a eu l'obligeance de nous rédiger lui-même son observation, dont voici les détails :

Durant le mois de juillet et le commencement d'août 1885, notre malade a eu des relations assez suivies avec la même femme. Il ne se livrait pas précisément à des excès ; mais, le 11 août, il ressentit à l'extrémité du gland, au niveau du méat, une douleur pongitive, qui mit son attention en éveil. Il se rendit immédiatement à la garde-robe, et il s'aperçut que par la pression il sortait de son méat quelques gouttes de pus jaunâtre. Il essaya d'uriner et éprouva des douleurs assez vives. Son premier soin fut de se procurer un suspensoir ordinaire. Le lendemain, l'écoulement fut plus considérable, les douleurs plus vives, surtout pendant les mictions, qui devinrent de plus en plus fréquentes, en même temps que les douleurs plus intolérables, et le pus devint d'une couleur jaune verdâtre. Pendant la nuit, des érections très pénibles obligeaient le malade à se lever du lit, et à se promener dans sa chambre pour faire cesser ces érections. Le seul traitement suivi consistait en injections au sulfate de quinine à 1 pour cent. Malheureusement, le malade était obligé de mener une vie active, ses occupations le forçaient à faire tous les jours de 20 à 30 kilomètres en voiture, si bien que la blennorrhagie, d'antérieure qu'elle était, ne se contenta pas de devenir postérieure, et, vers le milieu du mois de septembre, il ressentit au niveau du testicule droit une douleur sourde, une gêne qui l'obligea à se mettre au lit immédiatement. Il s'appliqua lui-même un suspensoir ouato-caoutchouté d'Horand ; mais ne put pas continuer à se livrer à ses occupations. Le suspensoir diminuait bien la douleur testiculaire, mais ne la supprimait pas assez pour permettre au malade de se lever ; on nous dira peut-être que le sus-

pensoir était mal placé. Nous ne l'avons pas vu, mais X... nous a assuré l'avoir appliqué dans toutes les règles de l'art.

Une funiculite très douloureuse s'était développée en même temps et peut-être faudrait-il attribuer la gêne que ressentait le malade à ce dernier phénomène. Quoi qu'il en soit, X... resta couché pendant 15 à 20 jours, et eut même à ce moment les symptômes d'un embarras gastrique fébrile. Etait-ce une simple coïncidence, ou bien l'épididymite était-elle pour quelque chose dans cette nouvelle maladie ? Nous ne pouvons pas l'affirmer.

Pendant ce temps l'écoulement existait toujours, mais bien moins abondant que dans les huit premiers jours, et surtout ne présentant plus qu'une couleur jaune.

Quand X... se leva, il garda son suspensoir ouato-caoutchouté, jusqu'au mois de janvier 1886. C'est vers cette époque qu'il traita son écoulement, de moins en moins abondant, par des solutions très faibles au nitrate d'argent. Ces dernières produisirent des effets excellents. La blennorrhagie sembla cesser complètement, et le sang que le malade avait remarqué, soit à la fin de la miction, soit dans son sperme, qu'il eut l'occasion de voir à cause de pollutions nocturnes assez fréquentes, ce sang, dis-je, ne se montra plus.

L'épididyme paraissant complètement dégagé, X... remplaça son suspensoir ouaté par un suspensoir ordinaire. Quelques semaines après, il ressentit au niveau de l'épididyme gauche les mêmes symptômes que ceux qu'il avait ressentis quelques mois plus tôt dans l'épididyme droit. La douleur, le gonflement, ne tardèrent pas à se produire, et dès le premier symptôme, X... ne tarda pas à remettre son bandage ouaté. Il faut ajouter que, huit à dix jours avant, X... avait eu des rapports avec une femme. Cette rechute, grâce au bandage Horand, permit au malade de se livrer à ses occupations habituelles. Cette rechute est expliquée, nous le croyons du moins, par un reste de blennorrhagie au niveau de l'urèthre postérieur, et la preuve, c'est que X... nous a indiqué qu'à ce moment, en pressant sur le canal, il arrivait à faire monter une goutte de pus. Il fut rapidement guéri de ce deuxième accident. Il put bientôt remplacer son bandage par le vulgaire suspensoir; mais 15 jours après cette substitution, une troisième épididymite aiguë s'est déclarée à gauche; mais cette fois X... n'avait pas eu de rapports sexuels. Il faut que nous disions cependant que cette rechute coïncida avec une pollution nocturne. Il fut encore très rapidement remis de ce nouvel accident, et 15 jours après que le malade eut de nouveau enlevé son bandage, nous avons eu l'occasion d'examiner son sperme. Nous n'y avons pas trouvé trace de spermatozoïdes.

Rien de nouveau ne s'est produit depuis quelques mois. X... a toujours une

légère goutte de pus le matin, surtout lorsqu'il a eu des rapports la veille, ses épididymes ont un volume normal, mais ils présentent quelques points légèrement indurés.

Réflexions sur les observations précédemment citées. — L'observation III est embarrassante au point de vue de la pathogénie de l'affection. Le malade présente une hydrocèle volumineuse ; il s'est aperçu que son testicule augmentait chaque jour de plus en plus, il ne souffrait pas et la miction était facile et sans douleur. Il nie absolument tout antécédent blennorrhagique. Après l'incision, on trouve au niveau de la tête de l'épididyme un noyau induré, qui peut nous faire penser à une légère inflammation de l'organe. Resterait à découvrir l'uréthrite profonde ; mais, outre que le malade n'est pas intelligent, on peut trouver chez lui de la mauvaise foi, et il ferait tous ses efforts pour cacher une affection que nous avons intérêt à connaître. L'uréthrite peut fort bien avoir été à l'état latent et s'être compliquée d'épididymite et d'hydrocèle. Le malade a été opéré, et huit jours après sa guérison était complète.

L'observation IV est bien plus concluante. Nous y trouvons en effet les trois affections obligées : chaudepisse datant de trois ans, écoulement arrêté ou à peu près ; néanmoins, mictions fréquentes et pénibles le jour et la nuit; l'hydrocèle déclarée, l'opération nous en fait découvrir la cause en nous montrant encore l'épididyme induré. Incision antiseptique, guérison en bonne voie.

L'observation V nous permet de vérifier les faits énoncés. Notre malade contracte une blennorrhagie, elle évolue ; au bout d'un mois, guérison apparente; l'urèthre antérieur est seul atteint. Que se passe-t-il ? Sans faire des excès de coït, il le pratique assez souvent ; il se pousse lui-même des injections, il s'aperçoit qu'il pisse un peu plus souvent. Nous devons en conclure que l'anneau inter-uréthral est franchi et que l'inflammation s'est propagée à l'urèthre postérieur ; et alors qu'il commençait à croire qu'il

entrait en bonne guérison, alors que la période aiguë de la blennorrhagie avait disparu, une lésion était située plus au loin, latente.

Une manifestation épididymaire se produit, le processus inflammatoire s'est propagé de l'urèthre profond à l'épididyme.

La maladie n'a pas encore parcouru son cycle. Le malade accuse une tuméfaction des bourses, et le docteur appelé pour le soigner reconnaît un épanchement, léger il est vrai, dans la vaginale. L'hydrocèle est constituée.

Cette observation nous montre une fois de plus le lien qui unit ces trois lésions. Grâce à la compression, l'épididymite a pu se résoudre en partie. Mais encore aujourd'hui on perçoit une légère induration, en même temps qu'un peu de liquide dans la vaginale.

Les observations VI, VII, VIII, IX et X, ont été empruntées à l'excellente thèse de Mehling, de Genève, qui lui-même les avait prises d'un auteur allemand, le Dr Alfred Cenzmer, de Halle. Cette thèse renferme une foule d'observations qui, interprétées, nous seraient d'un puissant secours. Mais l'auteur ne les envisageait pas au même point de vue que le nôtre, et ne considérait que le traitement de l'hydrocèle. Après les avoir lues les unes après les autres, nous en avons extrait cinq qui nous ont paru typiques; toutes se ressemblent absolument. Nous rencontrons en effet chez toutes la triple lésion : gonorrhée, épididymite, hydrocèle.

Observation VI.— Le malade lui-même, sans le savoir peut-être, donne la cause de son épanchement dans la vaginale; il l'attribue à une gonorrhée, à une uréthrite latente. L'incision antiseptique est faite ; on trouve la vaginale épaissie, le testicule, l'épididyme tuméfiés, indurés.

L'observation VII est peut-être plus explicite. Gonorrhée datant de cinq ans, à peu près guérie ; tous les symptômes ont disparu ; l'uréthrite profonde existe à l'état latent ; puis, peu à peu, la tumeur se forme, devient assez grave pour nécessiter l'opération.

Le malade n'a pas accusé de grandes douleurs ; mais après l'incision on trouve deux foyers d'inflammation : l'épididyme, le testicule, sont pris. Le microscope découvre des dépôts caséeux et nous fait croire à une localisation tuberculeuse ; mais l'épididymite n'en persiste pas moins. Les deux lésions se confondent-elles ? Peut-être.

L'observation VIII rentre, elle aussi, dans la catégorie des observations précédentes, et ne demande pas de mention spéciale.

Dans l'observation IX, il est un fait digne de remarque, et les partisans d'une certaine théorie pourraient bien s'en emparer et le faire rentrer dans la catégorie des hydrocèles dites par effort. Le malade raconte qu'à la suite d'un traumatisme il a vu le gonflement de la région scrotale gauche. Mais il faut remarquer qu'il accuse une gonorrhée, datant déjà de loin, qui a déterminé une orchite, laquelle, à son tour, a été la véritable cause de la production hydropique. C'est donc encore un véritable processus inflammatoire, le coup, la chute, n'ayant été que la cause occasionnelle.

Dans l'observation X, le malade se plaint encore d'une uréthrite chronique ; l'inflammation est tombée dans les bourses, et un an après, l'hydrocèle était constituée. La maladie a parcouru son cycle, et l'observation nous démontre encore les relations étroites de l'épididyme avec l'uréthrite et l'hydrocèle.

Un grand nombre d'observations de Mehling prouveraient notre dire. Car si bien souvent, comme causes de l'hydrocèle, elles portent la mention *inconnue*, ces causes nous les trouvons sans pourtant les chercher bien loin : ou le malade sera tombé sur le pommeau de la selle, ou il aura eu une blennorrhagie dont il n'aura plus souvenance, ou il aura senti depuis quelque temps une douleur dont il ne se sera pas rendu bien compte. La maladie aura évolué sans qu'il s'en aperçoive ; l'inflammation latente de l'urèthre postérieur aura passé à l'épididyme, dont l'affection se sera établie chronique d'emblée, et le processus aura envahi la vaginale : d'où l'épanchement.

Dans la onzième observation, ce qui nous frappe le plus, c'est surtout l'état latent de l'inflammation de l'urèthre. Nous voyons notre malade contracter une blennorrhagie à 23 ans; elle disparaît peu à peu, et la guérison semble complète ; près de 20 ans après, le malade ressent des troubles de la miction, et l'uréthrite latente n'en fait pas moins sentir ses effets sur l'épididyme. A 47 ans, gonflement énorme de cet organe. Le diagnostic ne laisse pas que d'être difficile, la forme et le volume des bourses, etc., peuvent faire croire à une tumeur d'une autre nature, et le malade, après d'autres sans doute, croyant être porteur d'un sarcocèle, demande à M. Tédenat la castration. Ce dernier reconnaît la véritable nature de l'affection ; il trouve l'épididyme atteint ; la vaginale épaissie, les mictions fréquentes, et un rétrécissement font penser à l'uréthrite profonde. L'uréthrotomie est pratiquée, et le suspensoir ouato-caoutchouté achève promptement la guérison.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

De l'ensemble de notre sujet, découle un diagnostic ; très complexe, étant admis que l'uréthrite latente est cause ordinaire de l'épididymite qui, à son tour, a une action prépondérante sur la production de l'hydrocèle. Un malade nous étant donné, si la maladie est bien confirmée et si elle a suivi le cycle qu'elle doit parcourir, nous avons à reconnaître une triple lésion : l'inflammation de l'urèthre postérieur, l'inflammation de l'épididyme, et finalement l'épanchement vaginal.

Il semble, de prime-abord, que rien ne soit plus facile que de reconnaître d'une part une lésion de la portion membraneuse, d'autre part, l'épididyme enflammé, et enfin l'épanchement en plus ou moins grande abondance dans la tunique vaginale. Nous répondrons oui dans certains cas, lorsque par exemple on se trouve en présence d'un malade intelligent, qui a conscience de l'affection dont il est porteur, et qui, sans attendre et sans compter sur une guérison plus ou moins prompte, va consulter de bonne heure un médecin et réclame ses lumières. Mais c'est là ce qui se présente le plus rarement. Que se passe-t-il, en effet, à la clientèle des hôpitaux, si nous pouvons nous exprimer ainsi ? — et

c'est seulement cette clientèle que nous avons pu observer jusques à aujourd'hui. Un malade se présentera à nous, il nous dira qu'il a eu une chaudepisse dans le temps ; nous lui ferons avouer qu'il a eu des rapports sexuels fréquents, ou bien encore,avec plus de peine, qu'il s'est adonné à la masturbation ; dans l'un ou l'autre cas, il ne se sera pas soigné, ou n'aura pas renoncé à ses habitudes déplorables. Malgré cela, il aura fourni un travail au-dessus de ses forces ; un jour il se sera aperçu d'une certaine difficulté dans la miction, il aura uriné souvent le jour, assez souvent la nuit; puis sans cause appréciable, peut-être, il nous dira qu'il a fait un effort, une chute ; il aura vu ses parties s'enfler, se tuméfier, devenir douloureuses à la pression ; il aura néanmoins continué son travail, et finalement, lorsque ce travail lui aura été rendu impossible, c'est alors seulement qu'il sera venu consulter son médecin. C'est dans ces conditions que celui-ci aura à faire un triple diagnostic, et de l'hydrocèle qui, en somme, est la lésion la plus apparente, il devra en rechercher la cause, arriver à l'épididymite produite elle-même par une lésion de l'urèthre profond, et ici même il faudra compter avec la mauvaise foi du malade : il vous dira qu'il n'a pas de chaudepisse, il l'affirmera même, il rapportera la tuméfaction des bourses à un coup, une chute, une marche forcée ; il pourra peut être avoir en partie raison. En effet, cette chute, ce coup, cette fatigue, auront été la cause occasionnelle, et si vous faites des investigations avec la sonde, la boule ramènera une goutte de pus, si même elle ne nous a pas décélé un rétrécissement plus ou moins profond.

Nous allons prendre l'une après l'autre chacune de ces affections. Leur diagnostic découlant de leurs symptômes, nous nous verrons obligés de redire ce qui a été déjà dit plus haut.

Dans l'uréthrite chronique, nous aurons à distinguer deux cas : l'écoulement est apparent ou bien il ne l'est pas, et ne le devient alors qu'au moyen de la sonde. S'il est apparent, nous savons fort bien qu'il ne peut provenir que de l'urèthre antérieur, et Bastard

nous enseigne, dans sa thèse, que la confusion ne peut devenir possible que si l'écoulement a son origine dans l'urèthre profond. Dans ce cas, la prostate, le col de la vessie, peuvent être attaqués; mais le diagnostic nous est encore plus facile, puisque nous savons que l'inflammation de la prostate ne marche jamais sans un certain degré d'inflammation de l'urèthre profond.

L'uréthrite confirmée, la pathologie même apprend qu'il en existe plusieurs variétés. Sommes-nous en présence d'une forme tuberculeuse, rhumatismale, blennorrhagique ? Dans le premier cas, la question est difficile, et ce qui rend le diagnostic plus difficile encore, c'est la lésion possible des localisations tuberculeuses sur les bourses. Pour l'écoulement rhumatismal, le doute n'est plus possible si nous voyons des manifestations du côté des jointures. L'uréthrite est donc de nature blennorrhagique, et nous admettrons qu'elle peut être aussi produite par des excès de coït et de masturbation : ce sera alors une uréthrite d'origine congestive.

2° En second lieu, nous nous occuperons du diagnostic de l'épididymite. Est-il bien facile de reconnaître cette induration particulière que nous avons décrite parmi les symptômes ? Se présente-t-elle toujours avec ses caractères typiques, son gonflement, ses douleurs, qui l'accompagnent habituellement? Ce cortège, nous l'avons rencontré dans l'épididymite succédant à un état aigu ; mais combien il est différent de celui que nous trouvons dans celle qui subit peu à peu l'action du processus inflammatoire ! Les symptômes n'existent, à vrai dire, même pas ; la lésion s'établit en sourdine, le gonflement est peu ou pas apparent, la douleur est si vague et si peu constante, que le malade ne sait où en fixer le siège.

Mais, enfin, supposons une inflammation de l'épididyme vraiment typique avec les symptômes qui l'accompagnent d'ordinaire ; il est encore un facteur avec lequel il faut compter, et qui découle du sujet même de notre thèse : l'hydrocèle viendra

empêcher l'exploration, les bourses seront tendues, luisantes, la fluctuation ne pourra pas s'obtenir, l'épididyme sera entouré de tous côtés par un obstacle qui en défendra la palpation ; la lésion n'est plus évidente, et il sera nécessaire d'une ponction évacuatrice pour rendre apparents les caractères de cette inflammation qui nous était cachée. On pourra confondre l'épididymite avec un érysipèle, un phlegmon des bourses. Mais les symptômes bien connus de ces deux affections dissiperont vite l'erreur. Même gonflement, il est vrai, de part et d'autre ; mais dans ces deux dernières affections il faudra tenir grand compte des symptômes généraux. Nous avons bien vu que l'inflammation de l'épididyme était accompagnée de fièvre, de céphalée, parfois d'embarras gastrique, mais nous retrouverons ces mêmes symptômes avec beaucoup plus d'intensité ; la fièvre sera surtout bien plus grande.

Pour compléter le diagnostic, nous avons encore à parler des diverses tumeurs du testicule ; la tuberculose et la syphilis ont leur localisation dans cette glande, et parfois on est à se demander, lorsque les antécédents du malade sont inconnus, si, à la place d'une épididymite blennorrhagique ou congestive, on n'a pas en face de soi une lésion tuberculeuse ou une lésion syphilitique.

L'épididymite syphilitique, indépendante de toute autre lésion de même nature, considérée en un mot comme lésion isolée, avait été niée jusqu'ici. La forme est rare, il est vrai ; mais les travaux de Fournier et de Tédenat ont confirmé l'existence de cette lésion. Même début que l'épididymite s'établissant chronique d'emblée, indolence presque absolue, grâce à laquelle elle passe inaperçue du malade ; le symptôme douleur est encore le même : sensation de pesanteur dans le cordon, tiraillements, la tête de l'organe est le plus souvent atteinte et se présente au toucher sous le volume d'un pois.

L'organe peut être envahi tout entier, et il n'est pas rare de voir apparaître un épanchement, en tout semblable à celui qu'occa-

sionne l'épididymite de cause blennorrhagique, et en abondance assez grande pour masquer les caractères de la lésion première. Une ponction évacuatrice renseignerait sur la nature de ce processus inflammatoire, et un traitement approprié, le traitement spécifique, ferait disparaître en peu de temps, et sans laisser aucune trace, cette induration qui persisterait si sa nature était tout autre que syphilitique.

Les altérations du testicule et de l'épididyme, dans l'un et l'autre cas, sont dignes d'être remarquées et peuvent apporter un élément de plus. Nous savons d'une part que, dans l'épididymite blennorrhagique, le testicule lui-même est rarement atteint, l'inflammation s'est toute localisée dans l'épididyme ; au contraire, dans l'épididymite de nature syphilitique, la glande est constamment attaquée et l'épididyme lui-même n'est atteint que rarement, une fois sur trois d'après Fournier. Les lésions sont concomitantes, une néoformation conjonctive apparaît entre les deux parties constituantes de la glande et rend la délimitation tout à fait impossible.

L'affection, quoique pouvant être bilatérale, suit la même marche que l'épididymite blennorrhagique; elle est rarement d'emblée; un côté se prend, et trois semaines, un mois après, l'autre est gagné à son tour. Les antécédents fournis par le malade, les traces d'un chancre, fourniront des renseignements précieux.

Une autre lésion peut encore confondre son diagnostic avec celui de l'épididymite blennorrhagique. Une localisation tuberculeuse peut en effet apporter une erreur dans le diagnostic ; à considérer une épididymite à marche lente, les noyaux d'induration qui se présentent dans les deux cas peuvent être facilement confondus. En effet, les dépôts caséeux de latuberculose ont une ressemblance assez grande avec cette induration particulière de l'épididymite simple, et la forme aiguë ne laisse pas que d'être d'un diagnostic souvent très difficile au début.

Mais, ici comme dans l'épididymite d'origine syphilitique, les

antécédents et leur connaissance nous mettront dans la bonne voie. Les lésions concomitantes du côté des poumons, des articulations, nous feront songer à une manifestation tuberculeuse ; mais le cas peut présenter de réelles difficultés lorsque toutes nos investigations ne nous auront ramené à aucun résultat satisfaisant, ou nous auront démontré une fois de plus, par exemple, la fausseté de la loi de Louis, que s'il existe des tubercules dans un endroit du corps il doit fatalement en exister dans les poumons. Nous n'en aurons pas trouvé dans ce lieu d'élection alors que le testicule nous en présentera. L'intégrité de la prostate nous fera pencher en faveur de l'épididymite simple, ainsi que l'apparence uniforme de la lésion avec absence de bosselures, et enfin, d'après Reclus, ce qui militerait en faveur d'une épididymite consécutive à une inflammation de l'urèthre profond serait surtout cette netteté de contour de l'anse formée par le canal déférent.

Enfin, pour terminer notre diagnostic complexe, nous aurons à parler de l'hydrocèle. La transparence est-elle un signe bien certain de diagnostic ? et faut-il lui laisser le crédit qu'elle a possédé jusqu'à aujourd'hui ? Percival Pott n'a pas eu en elle cette confiance aussi illimitée ; car, d'après lui, « elle doit être considérée comme le signe le plus trompeur et le plus incertain ». Quoique cette transparence ne soit pas constante et que certains cas d'hydrocèle se présentent avec une opacité marquée de la tumeur, nous n'hésiterons pas à en faire un symptôme à peu près sûr, surtout lorsqu'il s'y joindra cette forme particulière des bourses, avec sa rénitence, sa fluctuation parfois, accompagnées d'indolence et de chronicité dans la marche.

La hernie inguinale offre cependant une certaine ressemblance avec l'hydrocèle de la tunique vaginale. Mais, ici, le début même de la tumeur nous sera d'un précieux secours ; en effet, elle s'accroît de haut en bas d'une manière progressive, masquant le cordon que l'on ne peut plus sentir sous le doigt, et alors que nous avons vu que l'hydrocèle vraie était pour nous un obstacle pour

l'investigation, nous verrons au contraire, dans la hernie inguinale, le testicule indépendant se présenter sous la main; puis la hernie sera réductible et nous présentera ses symptômes habituels. La toux aura encore sur elle une influence marquée. Mais la difficulté serait grande, s'il y avait coïncidence d'hydrocèle et de hernie, difficulté encore plus grande si la hernie n'était pas réductible.

La confusion est possible avec une tumeur du testicule, alors que la transparence n'existe pas. Lorsque nous avons parlé des symptômes, nous avons mentionné l'aspect laiteux que présente parfois l'épanchement; cet aspect laiteux, l'épaississement de la vaginale et une rénitence trop grande pourront nous faire penser à une tumeur du testicule. L'absence de transparence nous fera encore songer à une hématocèle; mais le malade ajouterait alors combien a été rapide la formation de sa tumeur, et nos doutes seraient levés; à un cancer, mais alors les autres symptômes sont loin d'être les mêmes : la présence de parties dures, de parties ramollies, l'état des ganglions de la fosse iliaque, nous avertiront de la gravité du mal.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

L'épididymite est une affection généralement guérissable ; mais sa marche rétrograde, la disparition de tous les symptômes, présentent une lenteur parfois désespérante. Le volume de l'organe affecté revient peu à peu à ses dimensions premières, et après un temps difficile à apprécier, la guérison est à peu près complète. Donc l'épididymite, considérée en elle-même, n'offre pas un caractère précisément bien sérieux ; mais ce dont on doit se préoccuper, ce sont des complications qu'elle entraîne et la cause surtout qui l'a fait naître. L'uréthrite chronique, cette affection que l'on regarde généralement comme trop bénigne, a un retentissement très grand sur l'organisme, et « l'action qu'elle exerce sur l'état général et sur le développement des diathèses, qui sont à la fois cause et effet, fait qu'on devra la considérer comme une affection grave, si elle menace de s'éterniser, et si en s'éternisant elle est réchauffée par le plus petit écart de régime et de continence ». (Bastard, thèse de Lyon, 1884).

En effet, l'uréthrite a un grand retentissement sur l'épididyme ; c'est elle qui en détermine l'inflammation. L'état aigu se présentera dans les deux affections, la chronicité de l'épididymite durera

autant que celle de l'arrière-canal, et les nouvelles recrudescences de l'inflammation épididymaire, constituant l'épididymite à répétition, suivront de près chaque redoublement de l'inflammation uréthrale, et telle ou telle épididymite prétendue par effort, que le malade rapportera à un coup, à une chute, sera liée à une uréthrite profonde, latente, que le médecin ira rechercher derrière le sphincter membraneux. C'est à ce point que notre traitement devra s'adresser. Bien fait et bien compris, il nous rendra le pronostic plus favorable ; car, après des instillations nombreuses, nous pourrons voir disparaître ces masses indurées épididymaires, dont la durée est parfois très grande.

A un autre point de vue, notre pronostic devra être plus réservé, lorsque nous aurons devant nous ces épididymites doubles, à bascule, chez un tempérament lymphatique, chez un individu débilité. Les noyaux d'induration existent à gauche et à droite, et Gosselin, dans ses Mémoires, a prouvé quels étaient les résultats fâcheux, au point de vue social, de cette double affection. Nous ne reviendrons pas sur ce qui a été dit sur les complications des épididymites doubles, mais nous mentionnerons que l'infécondité est alors la règle, passagère parfois, persistant indéfiniment dans des cas malheureux. Cependant, d'après Fournier, « cette stérilité n'est jamais que temporaire ; il est même exceptionnel qu'elle devienne définitive ». Gosselin, d'un autre côté, sur 20 malades atteints depuis 15 ans, n'a reconnu la présence de spermatozoïdes que chez un seul d'entre eux. Parlerons-nous de l'atrophie ? Elle paraît rare ; néanmoins elle a été remarquée, lorsqu'il y a complication d'hydrocèle.

Il n'y a rien généralement dans l'hydrocèle qui puisse assombrir le pronostic. La tumeur, par son volume, peut devenir gênante, fatiguer le malade par son poids et constituer en somme plutôt une infirmité qu'une véritable maladie. La douleur n'existe pas, si le malade prend bien la précaution de soutenir par un suspensoir approprié les parties enflammées. Il est vrai de

dire que, si l'épanchement est trop considérable, la miction en devient plus difficile, la peau de la verge est attirée dans les bourses et fait partie intégrante de la tumeur, le coït devient très difficile, l'érection étant par le fait même à peu près impossible.

Tout bien considéré, l'hydrocèle n'emporterait pas avec elle un pronostic bien grave si nous n'avions pas à tenir compte de l'influence qu'elle exerce sur la sécrétion spermatique. De même que les noyaux indurés de l'épididyme apportent un obstacle à la progression des zoospermes et rendent le coït infécond, de même l'hydrocèle, par la compression qu'elle occasionne sur l'épididyme, sera une cause d'altération pour le liquide spermatique, d'où infécondité.

Jusques à Duplay père, les altérations du sperme dans l'hydrocèle n'avaient été l'objet d'aucune étude. Duplay et après lui Lannelongue ont étudié les diverses modifications présentées par les spermatozoïdes, aussi bien dans l'épididymite que dans l'hydrocèle. Mais ici il n'y a pas oblitération proprement dite, du genre de celle qui succède aux épididymites.

Si, dans le dernier cas, les canaux séminifères sont agglomérés, rapprochés par un dépôt plastique, dans le premier cas, au contraire, les canalicules sont écartés par la pression du liquide, étalés, et les altérations du sperme ne se présentent pas moins ; cependant, le *modus faciendi* peut parfois être le même, lorsque la tête de l'épididyme est complètement aplatie ; les tubes séminifères se confondent entre eux, un obstacle s'oppose à la marche des zoospermes : d'où infécondité. Et alors même qu'il n'y aurait pas d'oblitération réelle dans la compression des canaux séminifères, il y a eu tiraillement des tissus constituants, distension, allongement, la perméabilité a été attaquée, et les spermatozoïdes, ne rencontrant plus un terrain favorable, s'altèrent et se détruisent complètement. Pour nous, qui admettons comme source de l'hydrocèle une inflammation de l'épididyme, qui

avons déjà vu l'influence des noyaux indurés sur la sécrétion spermatique, nous sommes admis à regarder comme cause de l'absence des spermatozoïdes, non pas l'hydrocèle elle-même, mais l'épididymite qui lui a donné naissance. En nous résumant, et sauf le cas où l'hydrocèle a une influence plus ou moins avérée sur la sécrétion spermatique, nous pouvons regarder l'épanchement de la vaginale comme bénin, abstraction faite de la gêne qu'il apporte dans le coït, dans la miction, dans la marche, difficultés que lèvera un bon suspensoir, ce qui, en somme, constituera une infirmité plutôt qu'une maladie réelle.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Quelle est la conduite du chirurgien en présence d'une triple affection comme celle que nous venons de décrire et quelle est l'indication qui se présente la première ?

Pour être logique, il faudrait remonter de cause en cause et s'attaquer à la première, à l'uréthrite profonde. Le traitement par les instillations amenant la résolution épididymaire, et l'épididymite étant guérie, il semblerait que l'hydrocèle dût disparaître, la cause de sa production n'existant plus. Mais nous savons que, de tous les épanchements hydropiques, l'épanchement de la vaginale a le moins de tendance à se résorber. De là découle la première indication qu'a à remplir le chirurgien : débarrasser le malade d'une tumeur qui le gêne par son poids et son volume, qui est un empêchement pour la marche et qui lui cause de sérieuses difficultés pour le coït et la miction.

C'est donc l'évacuation du liquide de la vaginale qui s'impose en première ligne, et c'est par là que doit commencer le traitement de ces lésions multiples, qui sont unies si étroitement entre elles.

De nombreux procédés ont été préconisés pour la cure radicale

de l'hydrocèle. Tous ont eu leur moment de faveur, mais tous aussi ont eu leur déclin. Deux seulement sont restés dans la pratique, l'incision et l'injection irritante.

Nous ne voulons pas passer ici en revue tous ces différents procédés (révulsifs, caustiques, séton, électro-puncture, etc.), les comparer, les juger, trouver le bon de l'un, le mauvais de l'autre; outre que ce serait un travail trop long, ce ne serait que copier textuellement une excellente thèse du docteur Mehling, de Genève, et s'attribuer un mérite pour lequel nous n'aurions rien fait. Aussi, comme traitement de l'hydrocèle, nous ne ferons que raconter ce que nous avons vu faire à notre professeur, M. Tédenat, pendant son dernier service : l'incision antiseptique et la ponction suivie de l'injection irritante.

Nous nous permettrons une très brève comparaison des deux procédés ; mais nous pouvons dire, dès à présent, que toutes nos sympathies sont acquises à l'incision antiseptique.

C... Hydrocèle typique du côté gauche du volume des deux poings, opéré le 17 mai. La veille, le malade a pris un bain au sublimé. Ne comptant pas assez sur son courage, il demande à être endormi. Nous nous permettrons de faire ici une légère digression sur l'anesthésie dans l'incision de l'hydrocèle. L'anesthésie au chloroforme est une pratique qui, pour être faite chaque jour, n'en est pas moins dangereuse dans des mains inexpérimentées, et le chirurgien qui opère ne peut pas s'occuper à la fois et de son opération et de la marche de l'anesthésie, et il peut ne pas avoir toujours sous la main un aide sur lequel il comptera absolument. On a prétendu que la douleur de l'incision était très forte, admettons-le ; mais elle est aussi très passagère ; et pour éviter à un malade la souffrance d'un moment on l'expose à des accidents mortels. Au reste, c'est ce qui a failli arriver à notre malade.

Avant l'incision, la toilette de la tumeur est faite avec toutes les précautions antiseptiques possibles : lavage à l'eau phéniquée

ou au sublimé, les poils sont rasés, la partie inférieure de l'abdomen, le scrotum et le périnée, subissent un lavage des plus rigoureux. Le lavage est fait à l'eau tiède, car l'eau froide ferait contracter le scrotum. Lavage fait avec douceur, à l'encontre de ceux qui frictionnent fortement avec une brosse et qui vont même à recommander le râclage pour être sûr d'enlever les débris épithéliaux et autres corps organiques ou organisés qui pourraient se trouver sur la région. Cela fait, la peau est tendue, et l'opérateur incise largement de haut en bas. Les intruments ont été d'abord flambés à la lampe, lavés minutieusement et sont constamment plongés, pendant l'opération, dans une solution au sublimé ou à l'acide phénique.

L'incision de la peau étant faite, on incise couche par couche, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la vaginale. De petites artères donnent ; elles sont prises dans des pinces à pression. Celles dont l'écoulement est trop grand sont liées au catgut. Arrivé sur la vaginale, la partie supérieure est prise entre les mors d'une pince et on pratique une boutonnière. L'opérateur introduit son doigt dans l'intérieur, doigt qui conduira les ciseaux pour débrider la séreuse. L'incision de la vaginale a la même longueur que celle de la peau. Un liquide citrin s'écoule de la cavité, et le testicule est mis à nu. Reste à faire le lavage de la séreuse avec une solution phéniquée au 3 pour 100 ou bien une solution au sublimé. Le testicule et la surface interne de la vaginale sont inspectés avec soin ; on trouve celle-ci épaissie de 3 à 4 millim.; un petit kyste du testicule est enlevé, la queue de l'épididyme présente un petit noyau induré qui est réséqué, on débarrasse la cavité de tous les corps qui sont devenus étrangers, on éponge avec du coton phéniqué ou hydrophile, préalablement trempé dans une solution faible. Une partie de la vaginale est réséquée à son tour et, enfin, on suture avec des catguts très fins ; un drain est placé. L'opération a été faite d'après toutes les conditions exigées par la méthode de Lister; mais le succès final dépend de la manière dont sera appliqué le pansement.

La plaie est complètement saupoudrée d'iodoforme ; des bandelettes d'iodoforme placées sur plusieurs plans recouvrent la plaie, ces bandelettes recouvertes à leur tour par un protective. Plusieurs éponges, imbibées d'une solution phéniquée, sont placées de manière à coiffer la tumeur, et enfin la gaze antiseptique, l'imperméable, recouvrent le tout et sont fixés par de nombreuses bandes contournant le ventre et le haut des cuisses.

Le malade est rapporté dans son lit ; et si nous résumons son observation nous voyons qu'opéré le 17 mai, le 28 du même mois la guérison est à peu près complète. Le pansement est enlevé pour être remplacé par un suspensoir ouaté. Les parties sont souples; pas de suintement, pas de douleur. La température n'a jamais dépassé 38°,6. La langue a été généralement bonne, et le 23 mai, jour où on défait son premier pansement, le drain ne contient qu'un peu de matière gélatiniforme, mais complètement aseptique; et ce malade, actuellement guéri, doit sa guérison non-seulement à son opération bien faite, mais aussi au pansement antiseptique à l'iodoforme, fait dans toute sa rigueur.

Et quel bénéfice devons-nous retirer de cette observation au point de vue du traitement, surtout si nous mettons en parallèle de ce premier malade, son voisin de salle, traité par la ponction et l'injection irritante ? Le premier a été endormi, il l'a voulu, il l'a exigé; le second ne l'a pas demandé, on ne le lui aurait d'ailleurs pas accordé ; mais, enfin, il a éprouvé une cuisante douleur au moment où le trocart a traversé les différentes tuniques. Mais alors même que le malade n'eût pas été endormi, l'incision n'aurait pas été plus douloureuse que la ponction, et puis, en second lieu, il y a l'injection iodée, et le malade nous a dit lui-même qu'il avait énormément souffert. Mais passons sur l'opération elle-même, et arrivons aux suites.

Qu'avons-nous remarqué chez notre premier malade ? Rien d'anormal, la réaction n'a pas été forte. Chez le second, au contraire, elle a présenté une certaine gravité, la fièvre a été plus

élevée. Chez l'un, pas d'inflammation des parties, pas de gonflement des bourses; chez l'autre, au contraire, réaction locale très forte, symptômes généraux sérieux. Chez le premier, guérison au bout de quatre jours, complète après huit ; chez le second, au contraire, après le même laps de temps, gonflement des parties, réaction encore inflammatoire. Jusqu'ici l'avantage est à l'incision ; nous verrons qu'il lui reste encore, si nous envisageons les suites de l'opération.

La ponction évacue le liquide, et l'injection tâche de substituer à une inflammation déjà existante une inflammation d'un autre genre. Réussit-elle ? Les statistiques nous montrent le contraire. Nous voyons des récidives après l'injection, nous n'en trouvons pas après l'incision antiseptique, et c'est là qu'est la vraie supériorité de ce procédé ; car on ne fait pas une opération pour le seul but d'opérer : outre qu'il a à soulager le malade, le devoir du chirurgien est de le guérir, de le débarrasser pour toujours d'une infirmité au moins gênante, et, suivant Julliard, le seul reproche qu'on puisse faire à l'incision, « c'est d'être plus compliquée que l'injection : c'est là son seul défaut. »

L'épididymite et l'uréthrite profonde sont deux affections si intimement unies entre elles, que le traitement ne peut en être séparé. La phlegmasie uréthrale entretient la phlegmasie du canal déférent et de l'épididyme, et en nous adressant à la cause première, à l'uréthrite, nous verrons la fin de ces inflammations de l'épididyme, inflammation à répétition toutes les fois que la muqueuse de l'urèthre subit de nouvelles poussées.

Nous ne parlerons pas du traitement au moment de la période aiguë, traitement alors aussi bien général que local : repos absolu au lit, position horizontale, immobilisation des bourses, relevées haut sur l'abdomen, soutenues par une planchette échancrée, cataplasmes émollients, purgatifs légers, liberté du ventre, bains généraux émollients. Si l'inflammation est trop grande, applications de sangsues sur le cordon. Ici il faut être très réservé, car

on a vu des sujets très robustes être épuisés par une application intempestive. Les révulsifs seront abandonnés.

Tout cela constitue le traitement de l'épididymite à l'état aigu ; mais à l'état chronique, l'induration étant constituée, il suffit de faire disparaître la cause, et c'est le traitement de l'uréthrite profonde que nous instituerons, combiné avec la compression des bourses, au moyen du bandage ouato-caoutchouté dont nous parlerons dans un instant.

Sans vouloir discuter les divers traitements de l'uréthrite profonde, traitement local, injections, injections isolantes, bougies dilatatrices, cautérisation, nous nous arrêterons aux instillations, qui nous ont paru d'une énergie suffisante, d'un effet absolument sûr et sans danger, sans crainte de rétrécissement comme on a voulu l'insinuer. C'est à Guyon que nous sommes redevables du bien que nous rendons aux malades, au moyen des instillations. Mercier, Reliquet et d'autres avaient bien déjà employé ce moyen ; mais c'est Guyon qui est vraiment le père de la méthode.

L'appareil en usage est bien connu de tout le monde. Une partie propulsive, seringue de Pravaz, d'un volume de 3-4 centimètres cubes. Le pas de vis du piston est calculé de façon qu'à chaque demi-tour une goutte vient sourdre au dehors. A la seringue vient se visser une sonde en gomme flexible, filiforme, creuse dans sa longueur, et terminée par un explorateur olivaire, percé de petits pertuis, qui laissent écouler le liquide goutte à goutte. L'olive présente plusieurs grandeurs, et, pour parvenir dans l'urèthre postérieur, il faut choisir une boule d'un assez petit calibre (10-12, Charrière). Les instillations au nitrate d'argent doivent être faibles et proportionnées à la sensibilité plus ou moins grande du sujet ; les solutions employées sont à 1/50, 1/60, 1/80, 1/100.

L'instillation ne laisse pas de déterminer chez certains malades, une sensation désagréable, de froid intense au col de la vessie, sensation assez courte du reste, mais qui cependant, chez des

sujets trop facilement irritables, provoque une véritable poussée d'uréthrite postérieure. Des lavements laudanisés ou des suppositoires opiacés seront prescrits, et, d'après le professeur Tédenat, des suppositoires à 1 ou 2 centigrammes de morphine seraient d'une efficacité réelle.

Mais le vrai traitement de l'orchite, de l'épididymite, est le bandage ouato-caoutchouté. Nous nous rappellerons toujours l'insistance avec laquelle notre professeur, M. Tédenat, nous a parlé des bons effets, des cures vraiment radicales obtenues avec cet appareil, et ce bandage sera d'autant plus précieux pour le pauvre et pour l'ouvrier, qu'il lui permettra d'aller au travail, de gagner sa journée et de nourrir ainsi sa famille.

Avec la méthode ordinaire, opiacés, pommade belladonée, l'orchite demande un mois de repos relatif, huit ou quinze jours de repos absolu. Après l'application de ce suspensoir, le malade pourra se lever au bout de deux jours, vaquer à ses occupations, se livrer à la marche, et c'est le fait de l'observation d'un de nos condisciples qui put, avec cet appareil, se livrer pendant toutes les vacances au plaisir de la chasse.

Inutile de décrire ce suspensoir, que nous connaissons tous ici depuis que notre professeur, M. Tédenat, l'a importé de Lyon. C'est un suspensoir variant fort peu de forme avec les suspensoirs ordinaires, mais d'une capacité plus grande. Les bourses sont enveloppées par un gros bloc de coton arrangé très symétriquement, et d'une façon uniforme, de manière à ne pas former de bosselures ; entre la ouate et le suspensoir lui-même est intercalé un carré de caoutchouc percé d'un trou, qui permet le passage de la verge. Le tout est solidement fixé par des cordons et des cuissards. Mais une condition essentielle, et sans laquelle le bandage perdrait ses bons effets, c'est la bonne application de l'appareil. Il agit, en effet, à un triple point de vue : il immobilise les testicules, les met à l'abri de toute contusion, de tout froissement; la compression méthodique supprime la douleur d'une

manière spontanée et enfin le caoutchouc, tout en augmentant cette compression et cette immobilisation, forme une carapace imperméable, entretient une douce moiteur au pourtour des bourses, et, procurant une sudation abondante, active de plus en plus la résolution.

Que dirai-je du traitement général qui ne soit connu de tout e monde? Il est utile dans tous les cas, et il l'est bien davantage chez ceux qui seraient sous le coup d'une diathèse. L'hygiène a un rôle prépondérant: le repos de l'organe et de l'esprit, le grand air, l'air de la campagne, les bains de mer, les bains chlorurés-sodiques, Balaruc, Salies-de-Béarn, auront des effets incontestables sur l'anémie, la scrofule du malade; Luchon, Cauterets, sur la syphilis s'il en est affecté. Les relations sexuelles devront être très restreintes et les sédatifs du système nerveux obtiendront de très bons résultats. Contre les érections et pollutions nocturnes, nous emploierons le bromure de potassium, de sodium, le camphre, et nous bannirons de toute nourriture les piments, les épices, en un mot tout ce qui peut exciter. Inutile de dire que l'alcool, le vin, le café, le tabac, seront proscrits aussi, à titre d'excitants diffusibles, et que le régime le plus sévère sera, en un mot, la médication la plus sûre.

CONCLUSIONS

1° L'épididymite succède à une uréthrite profonde. Celle-ci, apparente parfois, latente le plus souvent, et ayant fait suite à une inflammation de l'urèthre antérieur.

2° L'épididymite est la cause la plus fréquente de l'hydrocèle. C'est elle qui, par l'irritation qu'elle occasionne à la vaginale, par ses frottements, ses contacts répétés, détermine l'épanchement dans l'intérieur de la cavité, tout en amenant aussi l'épaississement de ses parois.

3° L'hydrocèle devra être traitée par l'incision antiseptique, de préférence à toute autre méthode.

L'uréthrite se trouvera bien des instillations argentines. Leurs bons effets se feront ressentir sur l'épididymite, dont la résolution sera hâtée par le bandage ouato-caoutchouté compressif.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 16 juillet 1886.
Pour le Recteur de l'Académie en congé,
le Doyen de la Faculté de droit délégué,
VIGIE.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 16 juillet 1886.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Sappey. — Anatomie descriptive.

Baunis et Bouchard. — Anatomie descriptive.

Kuss et Duval. — Physiologie.

Fournier. — Article Blennorrhagie. (Nouveau Dictionnaire de médecine.)

Godard. — Comptes-rendus des séances de la Société de biologie. 1856.

Gosselin. — Mémoire couronné par l'Académie des sciences. 1850. — Mémoire. 1855.

Reclus. — Thèse de Paris. 1876.

Eraud. — Lyon médical, 1er janvier 1885.

Panas. — Archives générales de médecine. 1872.

Méhu. — Archives générales de médecine. 1875.

Bastard. — De l'uréthrite chronique. (Thèse de Lyon. 1885.)

Mehling. — Cure radicale de l'hydrocèle. (Thèse de Montpellier. 1885.)

Marimond. — Des Grosses Hydrocèles. (Thèse de Paris. 1874.)

Julliard. — De l'Incision antiseptique de l'hydrocèle (Rev. de chirurgie. 1884.)

Tédenat. — Des Rétrécissements péniens de l'urèthre. (Montpellier médical. Février-juin 1886.)

Follin et Duplay. — Hydrocèle. (Pathologie externe, t. VII.)

Diday. — Leçons faites à la Charité, en 1883. (Archives générales de médecine. 1876.)

E. Klund. — Microbes de la blennorrhagie. (Annales de dermatologie. 1882.)

Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. 1881.

Marcé. — Traitement de l'orchite. (Gazette des hôpitaux. 1854.)

Hardy. — Epididymite. (Thèse de Paris. 1860.)

Poulet et Bousquet. — Traité de pathologie externe, t. III.

Alfred Cenzmer de Halle (Allemagne). — Die Hydrocele und ihre Heilung durch den schnitt dei antiseptischer Wundbehandlung.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !